

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

279

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Guy Gaston Clément HOUZEL

Né le 20 janvier 1906, à Boulogne-sur-Mer

Diplômé de l'Institut de Médecine Légale
de l'Université de Paris

Ancien Interne de l'Hôpital Notre-Dame-de-Bon-Secours

LE LUMBAGO

Les affections auxquelles il appartient

Son interprétation

dans les accidents de travail

Président : M. A. CLERC, professeur

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Guy Gaston Clément **HOUZEL**

Né le 20 janvier 1906, à Boulogne-sur-Mer

Diplômé de l'Institut de Médecine Légale

de l'Université de Paris

Ancien Interne de l'Hôpital Notre-Dame-de-Bon-Secours

LE LUMBAGO

Les affections auxquelles il appartient

Son interprétation

dans les accidents de travail



Président : M. A. CLERC, professeur

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

..... PARIS, 1930

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	{ CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBIL EAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 BINET Physiologie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.). Pathologie médicale.
 BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
 BROCC Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . . Hygiène.
 JOYEUX Parasitologie
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique

MM.

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI Neuro-psychiatrie
 LIAN. Pathologie médicale.
 MERCIER (F.) Pharmacologie
 MILLOT. . . . Histologie.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . . Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET. . . . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUÉNIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.
 RETTERER. . . . Histologie.
 ZIMMERN. . . . Physique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . Clinique médicale
 CHIRAY. . . Clinique médicale.
 DEBRÉ. . . Clinique médicale.
 DUVOIR. . . Clinique médicale.
 FIESSINGER. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique méd.
 LERI. . . Clinique médicale.
 AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
 BASSET. . . Clinique chirurgicale

MM.

CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
 MATHIEU. . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
 PROUST. . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ. . Clinique chirurgicale.
 LE LORIER. . Clinique chirurgicale.
 LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
 METZGER. . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR GASTON HOUZEL

Membre correspondant de la Société de Chirurgie

A MON PÈRE

LE DOCTEUR GHISLAIN HOUZEL

*Qui fut mon premier maître.
En témoignage de ma reconnais-
sance et de mon affection.*

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR CLERC

Professeur de Pathologie interne

*Qui a bien voulu se souvenir de
notre commune petite patrie en nous
faisant l'honneur d'accepter la pré-
sidence de cette thèse.*

A M. LE PROFESSEUR EDOUARD QUÉNU

Membre de l'Académie de Médecine

*En témoignage d'une respectueuse
reconnaissance. Ce nous est un
agréable devoir d'en recueillir la
tradition et de la continuer.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM. LE PROFESSEUR WIDAL

LE PROFESSEUR LEJARS

LE PROFESSEUR LEMIERRE

LE DOCTEUR DUJARIER

LE DOCTEUR ROUHIER

LE DOCTEUR GRENET

LE DOCTEUR DEVRAIGNE

A MES MAÎTRES DE L'INSTITUT DE MÉDECINE LÉGALE

MM. LE PROFESSEUR BALTHAZARD

LE PROFESSEUR CLAUDE

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUVOIR

LE DOCTEUR A. CEILLIER

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL N.-D.-DE-BON-SECOURS

MM. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEAN QUÉNU

LE DOCTEUR JACQUELIN

LE DOCTEUR TRUFFERT

LE DOCTEUR SCHAEFFER

Qui nous ont enseigné, dans l'intimité du travail auquel ils nous ont associé, l'art d'appliquer le peu de science que nous avons acquise.

LE LUMBAGO

Les affections auxquelles il appartient
Son interprétation
dans les accidents de travail

INTRODUCTION

Ce n'est pas sans raison que nous avons choisi le sujet de ce travail. L'occasion nous mit à même d'examiner dans les consultations hospitalières, un certain nombre de malades qui venaient se plaindre de lumbago.

N'ayant jamais accepté leur déclaration sans contrôle, nous avons chaque fois procédé à un examen complet, en dépit parfois des protestations du patient qui se déclarait en parfaite santé par ailleurs.

Parmi eux se trouvaient des individus sans profession qui souvent nous mettaient sur la voie en accusant un mal de gorge, ou une affection fébrile.

Les gens actifs se divisaient en deux groupes : dans l'un rentraient des sujets qui, à n'en pas douter, avaient subi un traumatisme violent dont ils portaient les traces sous forme d'ecchymoses ou d'érosions. Les autres avaient senti une *piqûre dans les reins*, à l'occasion d'un mouvement habituel et mille fois répété

auparavant. Il fallait donc qu'une circonstance nouvelle ait été cause du lumbago que le même geste n'avait jamais déclanché.

De fait, dans le plus grand nombre des cas, nous avons trouvé la trace d'une infection : grippale, pharyngée, pulmonaire, pleurale ou digestive.

Le classement de nos observations nous a fourni le plan du travail qui va suivre.

HISTORIQUE

Les travaux qui se sont intéressés au Lumbago ne sont pas nombreux. A peine, nous dit Ramond, lui consacre-t-on quelques lignes dans le chapitre rhumatisme musculaire. Si loin que nous ayons étendu nos recherches, nous n'avons trouvé que des avis très courts, rares, et qui tous semblent le rattacher à une affection rhumatismale.

Sauvages au XVIII^e siècle faisait déjà allusion à la fièvre qui accompagne le lumbago.

« De toutes les maladies, dit Valleix, le rhumatisme musculaire est celle qui a le plus d'analogie avec la névralgie. C'est en effet une affection purement douloureuse, ayant un siège plus ou moins superficiel et donnant lieu à des exacerbations. »

Brochin dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* paru en 1882, note que « les malades éprouvent des douleurs lombaires, quelquefois de véritables douleurs arthralgiques simulant le rhumatisme et des névralgies ».

Pour Vergely, « le tour de reins est improprement attribué à des ruptures musculaires ; il tient au contraire à une entorse des ligaments vertébraux ». Il admet cependant, que le lumbago rhumatismal peut survenir à l'occasion du plus léger mouvement, d'un

accès de toux, d'éternuement, comme après un effort.

Le *Traité de médecine* de Berger, Enriquez, Lafitte, Lamy, paru en 1909, ne contient pas d'article sur le lumbago. C'est au chapitre rhumatisme articulaire aigu que nous avons trouvé une courte phrase sur le sujet : « Les douleurs musculaires, le torticolis, le lumbago, qu'on considérerait comme de nature rhumatismale, doivent être rattachés à leur véritable cause qui est le plus souvent soit une myosite traumatique, soit une lésion de voisinage : arthrite traumatique ou infectieuse. »

« Le mot de lumbago, dit Sicard dans le *Progrès Médical* en 1922, n'est ni trop explicite ni trop vague si l'on veut bien lui laisser le sens qui lui a toujours été assigné, celui de lumbago rhumatismal. Le lumbago est resté le prototype de l'algie des plans musculo-tendineux, articulaires, du segment vertébral et périvertébral, avec l'origine au point de départ de la fluxion dite rhumatismale : le *ῥέυμα* des anciens auteurs.

Pavlovicht, après avoir décrit le tableau clinique de la lombalgie, semble l'attribuer à une douleur siégeant dans l'épaisseur du muscle : « qu'il s'agisse d'action réflexe, de fluxion pure ou d'une douleur d'origine rhumatismale, les muscles parfois sont très sensibles ».

Ramond dans ses cliniques énonce que « le terme lumbago sert à désigner une affection douloureuse primitive de la région lombaire de nature dite rhumatismale ».

Enfin pour Sicard dans le *Traité de médecine* de Sergeant, « la névralgie essentielle par définition même est celle qui ne reconnaît aucune étiologie précise. Les termes d'algies rhumatismale, goutteuse, diathésique neuro-arthritique, ne servent qu'à masquer notre ignorance étiologique. L'algie essentielle a des caractères principaux négatifs ».

Tillaux et Bouchard avaient déjà noté que « le lumbago n'est qu'un symptôme et que le moment de son éclosion n'était que l'occasion, les causes en pouvant être multiples ».

Veyressat et Ody dans la *Revue médicale de la Suisse romande* reprennent cette opinion, et ne donnent au mot que la signification de douleur à la région lombaire, c'est-à-dire une lombalgie. Elle relève « d'états pathologiques variés et disparates. Il importe donc de retenir qu'en parlant de lumbago on ne fait pas de diagnostic, pas plus qu'en parlant de sciatique on n'établit la cause de la névralgie ».

Le cadre en est donc immense.

DÉFINITION ET PLAN

A part donc les trois derniers, dont nous adoptons la manière de voir, de quelque côté que nous tournions les yeux, nous voyons les auteurs rapporter le lumbago à une cause rhumatismale, ou même, l'appelant essentiel, déclarer qu'ils en ignorent l'origine.

Le définir est donc bien difficile à faire, et sans préjuger d'autre chose, nous nous contenterons de décrire ses caractères et les circonstances qui l'accompagnent.

Pour nous affranchir dès l'abord de toute interprétation, nous ne considérerons en lui que l'élément douleur, le seul qui importe au malade, et nous nous bornerons à l'étude clinique.

Ainsi délimité, le lumbago est un symptôme douloureux intense, vague, localisé dans la région lombosacrée, occupant les masses musculaires, depuis la dernière vertèbre dorsale jusqu'au sacrum, au coccyx, descendant même le long des cuisses suivant le trajet du sciatique ou du crural.

Son début s'est fait brusquement, en coup de foudre : le moindre mouvement a pu le provoquer : de ces mouvements qui sont répétés cent fois chaque jour, sans violence, et n'ont jamais causé aucun phé-

nomène douloureux. Le fait de ramasser une épingle par terre suffit : l'effort n'a donc pas à entrer en ligne de compte.

Dès le premier moment, le malade est figé sur place par une contracture des masses musculaires sacro-lombaires qui immobilise le rachis. Dès lors tout mouvement est générateur de douleurs.

Au repos, le malade trouve une atténuation de sa peine. Lorsqu'il aura fait quelques mouvements modérés, la souffrance, après une augmentation, diminuera et deviendra supportable.

Il n'en sera pas de même au moment de la mise en route, quand de la position couchée le malade passera à l'activité : la douleur atteindra son acmé et le contraindra à se recoucher ou à ne se redresser que par paliers, séparés par des instants d'immobilité et de repos.

Parfois, même au lit, le mal demeurant sourd disparaîtra complètement quand le malade aura trouvé la position favorable. D'autres fois, il restera lancinant, s'exagérant jusqu'à provoquer des crises et à arracher des plaintes.

Le plus souvent, un seul côté se trouve atteint : le sujet, obéissant à la contracture, se déjette du côté malade et se courbe. Parfois il se redressera, car la douleur, lorsqu'elle est violente, traverse la ligne médiane, irradie du côté opposé et la contracture la suit.

Quand on l'interroge, le patient localise sa souffrance par un geste large et prudent dans la masse

sacro-lombaire contracturée. A l'en croire, il s'agirait donc bien d'une affection musculaire. De fait, le médecin qui l'examine trouve ces muscles douloureux.

Mais si, abandonnant la surface postérieure, il suit la masse horizontalement, sa main, arrivée sur le bord, plonge dans le flanc et suit la face externe de cette masse musculaire. A son niveau, les racines nerveuses émergent : ce sont elles que le doigt explorateur va comprimer.

Le malade alors accuse une douleur bien plus forte et convient que c'est bien là la peine qu'il éprouve spontanément. Il s'agit donc en l'espèce d'une souffrance des racines lombaires irradiée dans les muscles voisins. Le siège du symptôme est donc bien dans les émergences nerveuses.

Souvent la douleur fuse le long de l'abdomino-génital, du génito-crural et de l'obturateur. Si l'examen est poussé plus loin, le médecin la révèle en comprimant le nerf présacré, ou par le toucher se rend compte que toute la face antérieure du sacrum et le plancher périnéal sont douloureux.

Nous nous sommes donc proposé comme but de chercher les causes de cette affection douloureuse. Comme il s'agit en l'espèce d'une névralgie, nous avons étendu le cercle de nos investigations à toutes les névralgies, quel qu'en soit le siège. Il y a là plus qu'une analogie : c'est une identité complète que les auteurs ont reconnue en faisant toujours marcher de

concert le torticolis, le lumbago et souvent la sciatique.

Aussi, reprenant l'opinion de Tillaux, nous admettons que « la lombalgie n'est qu'un symptôme commun à un certain nombre d'états morbides dont il constitue le caractère commun ».

Suivant Veyressat et Ody, nous distinguons les lumbagos traumatiques vrais des lumbagos non traumatiques dans lesquels, ainsi que l'a dit Bouchard, le mouvement insignifiant qui les provoque « n'est en réalité que l'occasion et non la cause de la maladie ».

ROLE DU TRAUMATISME DE CAUSE EXTERNE

Nous allons voir apparaître ce syndrome douloureux localisé aux lombes de la même façon qu'une sciatique et que toute autre névralgie : immédiatement à la suite d'un traumatisme intéressant directement le nerf, quelquefois longtemps après, une cause prochaine faisant naître la douleur avant toute autre manifestation dans un territoire déjà lésé et plus fragile. Les accidents banaux de la rue ou du travail vont nous en fournir des exemples.

La plupart du temps, le blessé définit mal la douleur qu'il éprouve à la suite d'un accident. Elle se décompose en une sensation pénible siégeant au point d'application du traumatisme, qui traduit l'attrition des plans cutané et musculaire, et en une autre sensation plus tenace et plus profonde. La première s'éteint en quelques jours, la seconde lui survit. Elle diffuse suivant certaines directions. Nous pouvons la superposer à un trajet nerveux.

Un examen averti fera facilement le départ nécessaire et distinguera celle qui disparaît de celle qui persiste, s'accompagnant de raideur et de contracture.

Les contusions.

Nous nous en sommes tenus exclusivement aux cas accidentels, et nous avons constaté qu'un traumatisme violent, même sans lésion visible des téguments ou du squelette s'accompagne toujours de manifestations douloureuses des nerfs.

Une chute dans un escalier avec ecchymose à peine visible sur la fesse droite s'accompagne de douleurs lombaires au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure avec douleur sciatique du même côté.

OBSERVATION I.

M. M..., 48 ans, marchand de vins, cirrhotique, fait une chute dans sa cave ; il porte à la fesse droite un hématome dur, gros comme une petite mandarine, témoin de la violence du choc. La semaine suivante une ecchymose descend jusqu'à mi-cuisse.

Après l'accident il existe de la gêne dans la marche, le bout du pied droit traîne sur le sol, le malade se plaint de souffrir dans cette jambe et dans la région des reins.

On constate une douleur provoquée à la pression des racines lombaires, du sciatique droit de l'artère iliaque droite.

L'accident a intéressé le plexus sympathique péri-artériel et a déterminé des brûlures tardives d'estomac ainsi qu'un dérèglement du fonctionnement intestinal : le malade est réveillé entre minuit et 2 heures du matin par une selle pâteuse.

Voici l'observation de 4 malades bousculés ou renversés par une automobile chez lesquels le traumatisme a été beaucoup plus violent et moins localisé :

OBSERVATION II.

M. B..., 19 ans, projeté dans un pare-brise, présente une petite plaie du nez et une plaie sur l'arcade sourcilière droite ainsi que sur l'os malaire droit. L'épaule droite est contusionnée. Le plexus cervical et brachial droits sont douloureux. La radiographie montre l'absence de lésion osseuse. En 12 jours il est guéri. Les plexus cervical et brachial restent nettement douloureux à la pression.

OBSERVATION III.

G..., 40 ans, heurté par une roue d'auto derrière la cuisse droite, est projeté sans chute. Il présente un torticolis à droite pendant huit jours. Treize jours après l'accident, il se plaint surtout d'une douleur sciatique droite. La pression est douloureuse au niveau du plexus cervical dans la fosse sus-claviculaire et derrière l'épaule au point circonflexe, du côté droit.

OBSERVATION IV.

M. B..., 45 ans, jeté par terre par une auto a presque perdu connaissance. On le relève avec une ecchymose du 4^e métacarpien de la main droite. Ecchymose au niveau de l'épitrachée droite. Contusion de l'olécrane gauche. Son plexus cervical droit est douloureux à la pression et il se plaint dans toute la moitié droite de la tête.

OBSERVATION V.

M^{me} P..., 29 ans, a été plus sévèrement touchée. Jetée à terre par une voiture qui a dû la heurter au niveau des fesses, elle s'est trouvée à moitié déshabillée par le choc ; elle n'a pas perdu connaissance, mais n'a pas pu se relever seule.

Ceci se passait le 28 novembre ; le médecin traitant avait signé la reprise de travail pour le 20 décembre. Le 13 janvier elle se plaignait de souffrir encore et présentait les points douloureux suivants : racines lombaires et sciatique gauche, trous sacrés postérieurs gauches, V^e cervicale gauche.

Chez les 3 premiers blessés, des hommes, nous avons vu la douleur disparaître assez rapidement après le traumatisme. La 4^e est une femme porteuse d'un goître léger et en âge de ménopause : à la suite de l'accident et 6 mois après les règles n'avaient pas reparu. Comme nous le verrons plus loin, il y a peut-être lieu d'attribuer la persistance plus longue des douleurs chez cette femme à une perturbation de ses glandes endocrines dont nous sont témoins sa ménopause et son goître.

Deux autres blessés ont été pris sous une automobile versée.

OBSERVATION VI.

M. C..., 47 ans, est soigné à l'hôpital pour un volumineux hématome de la fesse gauche et des douleurs dans les reins. Trois semaines après, on trouve encore sensibles les points

d'émergence des racines lombaires et du sciatique gauche. Le blessé se plaint d'une douleur dans le flanc gauche (abdomino-génital) quand il se penche de ce côté.

OBSERVATION VII.

M^{me} R., 28 ans, qui ne porte que quelques égratignures présente les phénomènes douloureux d'une fracture de côtes, quoiqu'il n'en soit rien comme un examen radiographique l'a établi.

Les deux derniers espaces droits jusque près du rachis sont douloureux avec maximum sous la ligne axillaire et sous la ligne mamelonnaire. Les racines lombaires et le sciatique droits sont aussi sensibles. Huit jours après l'accident, ces points sont indolents. La douleur spontanée a disparu. Mais l'aorte, l'iliaque gauche, les racines lombaires gauches restent sensibles à la pression ; et la malade se plaint d'une douleur au creux épigastrique dans le courant de sa digestion.

Pour deux traumatismes analogues, les manifestations douloureuses sont accusées plus fortement chez la femme que chez l'homme.

OBSERVATION VIII.

M. G..., 20 ans, reçoit dans la fosse iliaque gauche un coup de manivelle qui sert à ouvrir une porte à glissière. Le médecin qui le visite immédiatement insiste pour qu'il soit transporté à l'hôpital et qu'on lui mette de la glace sur le ventre.

Il a de la diarrhée pendant 2 jours sans émission de sang

et se plaint pendant 8 jours d'une douleur qui précède la miction et cesse dès que celle-ci a commencé. Il se plaint d'une gêne douloureuse dans les reins lorsqu'il s'assied ou qu'il fait un mouvement de torsion du tronc, 8 jours après on ne relève aucune suffusion sanguine. Seule la première racine lombaire gauche est douloureuse.

OBSERVATION IX.

M. J..., 30 ans, reçoit de champ, de la hauteur d'un 3^e étage une planche de 6 kilogs; elle lui frôle le bras gauche et frappe plus directement les reins. Le choc fut si violent que le blessé resta pendant une demi-heure sans connaissance.

Il ne présentait que des écorchures insignifiantes de la peau des lombes. La radiographie ne décela aucune lésion osseuse.

Dix jours après l'accident il présentait des douleurs très vives à la pression de toutes les racines lombaires des deux côtés, des 2 sciatiques, des 2 cruraux, des 2 abdomino-génitaux. Debout il ne pouvait se baisser; assis, il ne pouvait se relever. Son incapacité dura 22 jours.

Dans la genèse des douleurs que nous avons rapportées l'accident est bien à la base; dans tous ces cas le traumatisme a été assez violent pour les expliquer. Nous verrons plus loin qu'en dehors du traumatisme accidentel, il en est d'autres qui engendrent aussi des douleurs lombaires.

Les fractures.

La violence du traumatisme peut occasionner une fracture. Les nerfs peuvent être alors irrités non plus seulement par la contusion mais encore par la fracture elle-même. La localisation de la douleur varie bien entendu avec le siège du traumatisme. Au membre inférieur le nerf sciatique réagira dans la plupart des cas.

OBSERVATION X.

M^{me} H..., 37 ans, à la suite d'une entorse au pied gauche a présenté une fracture du scaphoïde sans gonflement, vérifiée radiologiquement.

Deux mois après l'accident, la fracture étant consolidée, il n'y avait plus trace de blessure, mais M^{me} H... prétendait ne pas pouvoir marcher tellement la plante des pieds était douloureuse : sensation de marche sur des épingles. Elle se plaignait aussi d'une douleur siégeant derrière la malléole interne et l'examen montrait un point sensible à la pression au point d'émergence du sciatique correspondant, douleur qui n'existait pas de l'autre côté. Aucun autre point névralgique.

OBSERVATION XI.

M. R..., 27 ans, déménageur, à la suite d'une fracture des 2 os de la jambe droite au 1/3 inférieur, fracture ouverte, est resté 3 mois dans le plâtre et a subi une ostéosynthèse.

Six mois après l'accident, il se plaint que sa jambe est douloureuse : elle est lourde et le genou lui fait mal. On trouve des points douloureux à la pression à l'émergence et tout le long du sciatique.

Si la douleur est fugace, il en persiste toutefois souvent une sensibilité plus grande des nerfs qui ont réagi au traumatisme.

OBSERVATION XII.

M. A..., 29 ans, tombe d'une échelle et se fait une fracture de la jambe droite : la radiographie montre une fracture du tibia et du péroné 1/3 inférieur, type Dupuytren. La jambe est immobilisée dans un appareil plâtré. Pendant 3 semaines elle reste douloureuse, et le blessé souffre jusque dans la fesse : une pression au point d'émergence du sciatique droit lui arrache un cri.

Les 4 premiers jours consécutifs à l'accident un torticolis droit lui immobilise la tête, et les plexus brachial et cervical droits sont douloureux à la pression sans qu'aucune trace de traumatisme soit visible dans cette région, et sans que le blessé puisse dire de quelle façon il est tombé.

Nous revoyons ce blessé 3 mois après l'accident : la fracture est consolidée : elle ne le fait pas souffrir : il ne se plaint plus ni de son cou ni de sa jambe. Cependant une pression au point d'émergence du sciatique est douloureuse et lui rappelle ses souffrances du début.

La sensibilité spéciale de son sciatique crée un état latent névralgique que révèle l'état de souffrance du nerf causé par le traumatisme. Cet état attendra la

première occasion pour se manifester, quelquefois longtemps après la blessure primitive. Une fracture de jambe lésa le sciatique, les racines lombaires seront directement touchées dans une fracture des apophyses transverses des vertèbres lombaires.

OBSERVATION XIII.

M. C..., 52 ans, pendant qu'il met en marche le moteur de sa voiture, est bousculé par des matériaux de construction chargés sur une autre voiture qui recule sur lui ; une échelle l'attrape par les reins. Il ressent aussitôt une vive douleur ; au moindre mouvement il souffre.

Transporté chez lui il trouve une accalmie dans l'immobilité en décubitus dorsal. La masse sacro-lombaire est contracturée à droite, sa palpation sur la tranche arrache des cris au blessé. Une radiographie vertébrale nous montre une fracture sans déplacement de l'apophyse transverse droite de la 2^e lombaire.

En une huitaine de jours les vives douleurs du début s'apaisent dans l'immobilité. Il n'existe pas de modification des réflexes ni de la sensibilité au niveau des membres inférieurs.

Un mois 1/2 après l'accident le blessé reprend son travail ; ses racines lombaires restent sensibles à droite.

Un an après, sans aucun traumatisme cette fois, M. C... ressent les mêmes douleurs lombaires droites au cours d'un épisode fébrile ; il est obligé de reprendre le lit : il a une gorge rouge, sa température monte à 38° pendant 48 h. Ses souffrances cette fois durent une semaine, il se lève après 6 jours de repos. Pendant cette période nous avons

pu constater que toutes ses racines lombaires droites étaient devenues hypersensibles.

Ainsi, outre la douleur contemporaine de l'accident et qui de ce fait attire peu l'attention sur son individualité, on peut reconnaître une douleur névralgique alors que le foyer de fracture est guéri et indolent. On la caractérise nettement en suivant les trajets nerveux.

Souvent à côté de la douleur correspondant au territoire du foyer de fracture, il coexiste une sorte de diffusion de l'élément douleur que l'on retrouve sur des troncs nerveux quelquefois éloignés. D'autres fois, la névralgie reste latente et n'est pas toujours reconnue, parce que, le blessé ne s'en plaignant pas, on ne la recherche pas. Ce n'est que beaucoup plus tard, un an dans l'observation XIII, que sous des influences de température et de fatigue, elle se révèle bruyamment.

Nous restons convaincu qu'il existe chez tous les fracturés un état latent, créé par le traumatisme, qui, s'il ne se révèle pas d'emblée bruyant, n'en existe pas moins, et peut dans certaines conditions déterminer une névralgie douloureuse. Cet état latent est exprimé par le malade, lorsqu'il dit que dans sa fracture guérie se réveille de la douleur aux changements de temps ou de saison. Les mêmes conditions laissent indifférents ou indolents ceux qui n'ont pas subi de traumatisme antérieur.

Les blessures de guerre.

Les anciens blessés de guerre, vont nous montrer avec exagération les névralgies souvent éloignées qui peuvent résulter d'un traumatisme, leur blessure, et lui survivre.

OBSERVATION XIV.

M. B..., 37 ans, a eu la rotule gauche enlevée par un éclat d'obus : son genou est ankylosé en rectitude. Dernièrement, en débloquent une vis de métier, il a senti une douleur dans la cuisse gauche et les reins ; sur le moment il n'y a pas fait attention, mais il a éprouvé de la difficulté pour s'asseoir, et, chaque fois qu'il se relevait, la douleur des reins et de la jambe reparaisait : il continua son travail 10 jours, alors seulement il s'arrêta.

A l'examen la jambe gauche est particulièrement douloureuse ; on y retrouve des points sensibles à l'émergence du sciatique, au mollet, et derrière la malléole. Points douloureux des XI et XII intercostaux et racines lombaires gauches. Sensibilité des racines lombaires et du sciatique à droite. La défécation provoque une douleur lombaire. L'intensité de la douleur provoquée est plus forte du côté traumatisé.

Il est bien évident dans ce cas, que ce n'est pas le mouvement nécessaire pour débloquent une vis qui a pu provoquer ce que le blessé appelle un tour de reins, ce que nous appellerons une névralgie lombaire.

Il est probable que si nous avions pu examiner

M. B... en dehors de toute crise, nous aurions pu révéler par la pression de ses trajets nerveux des points douloureux qui, pour ne pas donner de symptômes pénibles en pleine santé, n'en existent pas moins à l'état latent, attendant la première occasion pour se manifester.

Il nous est arrivé souvent, comme nous le verrons plus loin, de révéler par une exploration méthodique au malade surpris des points névralgiques, alors qu'il venait consulter pour une tout autre chose.

Si notre premier blessé M. B... déclare ses algies dues à son travail, le déblocage d'une vis les ayant soi-disant provoquées, voici l'histoire d'un autre blessé de guerre qui travaille dans une administration ; il nous raconte les choses telles qu'elles se sont passées, sans interprétation ; ses journées de maladies lui sont payées.

OBSERVATION XV.

M. L..., 50 ans, a été blessé par un éclat d'obus qui lui a raboté la crête iliaque gauche et fracturé le col du fémur. A la suite de l'immobilisation, le genou gauche est resté ankylosé. Périodiquement il est obligé d'interrompre son travail pour une sciaticque gauche.

A l'examen on trouve des points douloureux : racines lombaires et sciaticque gauche sur tout son trajet. Lorsque le malade va à la selle il se produit une douleur qui se répercute jusque dans les lombes.

Au moment où nous l'avons connu, il a dû s'arrêter 3 fois en 18 mois. Il nous a été donné de suivre le malade

pendant 4 années consécutives au cours desquelles il faisait 3 séjours au lit par an, chacun d'une douzaine de jours.; une grippe, une bronchite, un rhume, un simple coryza suffisaient à déclancher la crise.

Quel que soit le siège de la blessure, la douleur s'y superpose, l'une est donc bien la conséquence de l'autre.

OBSERVATION XVI.

Rem..., 48 ans, a reçu un éclat d'obus qui a touché les VI, VII, VIII côtes droites, nécessitant une large résection sur une longueur de 15 centimètres à partir du rachis avec pleurésie purulente.

Au niveau de la VIII^e côte il existe un point très douloureux au toucher ; la toux, le rire, l'éternuement sont pénibles.

L'examen montre douloureux à la pression tous les nerfs intercostaux droits du I^{er} au VIII^e, les plexus cervical et brachial droits, le temporal droit, les sus-orbitaires et les sous-orbitaires. La peau est douloureuse au toucher dans les fosses sus et sous-claviculaire droites.

Le malade se plaint de céphalée, et de douleurs dans le bras droit. Ces névralgies paraissent sans cause reconnue, durent une huitaine de jours sous forme d'accès de 2 ou 3 heures, avec petits répités pouvant aller jusqu'à 24 heures. Les intervalles sans névralgies varient de 8 jours à un mois.

Nous avons déjà signalé la diffusibilité de ces douleurs. Nous ne nous étonnerons donc pas de les rencontrer loin du foyer d'où elles irradient.

Ces observations nous ont montré que des phéno-

mènes douloureux pouvaient apparaître tardivement sur les nerfs ou les territoires nerveux lésés par une blessure ; nous n'avons pu dans deux de ces trois observations trouver la cause apparente capable de déclancher l'état névralgique latent de nos blessés. Nous verrons tout à l'heure qu'il n'en est pas toujours ainsi et que bien au contraire dans la majorité des cas nous avons pu trouver la cause déterminante.

Les suites d'opérations.

Le rôle du traumatisme opératoire est incontestable, soit que la douleur augmente après l'intervention, soit qu'elle trouve son début à cette occasion..

OBSERVATION XVII.

M. G..., 33 ans, fort de constitution, n'a jamais été malade ; il est porteur d'une hernie inguinale gauche qui qui ne le fait pas souffrir.

Le 11 février 1926 il est opéré : cure radicale de hernie. Il guérit de son opération, mais de cette époque datent de violentes douleurs lombaires et une sensation de faiblesse dans les jambes le prenant par crises plusieurs fois par an.

En dehors de ces périodes de crise, la pression provoque une douleur extrêmement vive au niveau des racines lombaires des 2 côtés, des deux sciatiques, des deux abdomino génitaux.

Les douleurs chez ce malade apparaissent sans

cause apparente, il est difficile de ne pas voir dans le traumatisme opératoire une cause prédisposante puisque le syndrome douloureux est apparu comme conséquence.

ROLE DU TRAUMATISME DE CAUSE INTERNE

Les hernies.

Si les nerfs deviennent sensibles et douloureux à la suite de traumatismes extérieurs, l'algie apparaît aussi dans certains cas où le nerf est traumatisé par les organes mêmes de l'individu.

Le cas qui se présente le plus fréquemment est, sans contredit, la coexistence d'une hernie avec la névralgie.

L'influence de la hernie est si vraie et si réelle que toujours la névralgie se présente du côté homologue, ou avec prédominance de ce côté.

Dans d'autres cas, la douleur, qui, dans les premiers jours a affecté le côté hernieux, s'est étendue, a gagné l'autre côté, et même a pu disparaître dans le lieu où elle s'était primitivement manifestée, si l'examen est fait à quelque temps du début.

On notera souvent, outre la douleur lombaire, la souffrance des nerfs abdomino-génitaux, en appuyant la tranche de la main contre les flancs où elle provoquera la sensation pénible.

Les génito-cruraux, lorsqu'ils sont douloureux, peuvent servir de fils d'Ariane.

Dans l'observation suivante n° XVIII, c'est la douleur qui guida le médecin traitant et lui fit découvrir une hernie inguinale qu'il ignorait. Il avait suivi à rebours le chemin parcouru par la douleur.

OBSERVATION XVIII.

M. S..., 50 ans, en transportant avec un autre ouvrier une baignoire de fonte de 150 kgr. dans un couloir étroit, éprouve une douleur dans les reins. L'accident est arrivé à 10 h. 1/2, il a cessé son travail à 17 h.

Le médecin traitant diagnostique : point douloureux de la région lombaire droite.

Le blessé reprend son travail dix jours après l'accident : il s'arrête de nouveau après avoir travaillé dix jours.

La douleur siègeait au début à droite surtout, s'irradiant jusque vers la région inguinale. Elle s'étendit ensuite à gauche, mais avec une intensité très modérée. Le blessé indique du doigt la masse sacro-lombaire, la région sacro-iliaque et le sacrum à droite de la ligne interépineuse.

Cette douleur, qui s'était atténuée au point de permettre la reprise du travail, s'est de nouveau manifestée et s'est étendue à la paroi abdominale antérieure, contournant le flanc droit pour venir intéresser la région inguino-scro-tale correspondante suivant le trajet du nerf génito-crural.

C'est en suivant ce trajet que le médecin traitant s'aperçut que son client était porteur d'une hernie inguinale droite inconnue jusqu'alors.

Comment agit la hernie pour provoquer la névralgie ? Il ne nous appartient pas d'édifier une hypothèse

qui n'aurait pas la valeur des faits constatés. Est-ce en tiraillant sur le pédicule ? c'est une cause d'irritation connue. Est-ce en déterminant des troubles digestifs ? La chose n'aurait rien qui nous étonne. Le malade dont nous allons parler présente normalement 3 selles par jour, et lui-même accuse des selles malodorantes au moment de l'accident supposé. Il présente au moment de l'examen un état saburral net et subfébrile.

OBSERVATION XIX.

R..., 28 ans, aidé d'un compagnon, avait chargé sur un camion 38 sacs de plomb du poids de 70 à 75 kilos. Chacun des deux hommes tenant deux coins du sac, le balançait pour le jeter sur la voiture.

Il était 10 heures du matin. En balançant le 39^e sac R... ressentit une douleur dans les reins. C'était son travail habituel, et lui-même dit qu'auparavant son travail était plus pénible dans une briqueterie où il maniait de la glaise et du machefer toute la journée.

Il traversa tout Paris pour reconduire son camion à l'usine, avec l'intention de finir sa journée. C'est au bureau de l'usine qu'on lui donna une feuille d'assurances ; il était 11 heures.

La douleur siégeait dans les lombes du côté droit, aucune douleur à gauche.

Antécédents : Anneau inguinal large à droite, admettant toute une phalange de l'auriculaire. Choc à la toux. Normalement, 3 selles par jour.

A l'examen, la masse musculaire sacro-lombaire n'est pas sensible. Toutes les racines nerveuses du plexus lom-

baire, abordé par la tranche des muscles sacro-lombaires du côté droit, sont douloureuses. Le point d'émergence du sciatique droit à la fesse est très douloureux. Le femoro-cutané droit l'est aussi à la pression au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. Les racines lombaires gauches, quoique moins sensibles qu'à droite, sont néanmoins douloureuses, et c'est une surprise pour le blessé de le constater ainsi que son point de sciatique droit.

R..., a une langue saburrale, et déclare avoir des selles malodorantes depuis quelques jours. Il ne paraît pas avoir une élévation sensible de température, mais à la fin de l'examen, son cou est couvert de sueur.

Les affections du testicule

Ces mêmes nerfs peuvent conduire également au testicule, ainsi qu'il en a été dans notre obs. XX. Le malade était porteur d'une orchio-épididymite tuberculeuse.

OBSERVATION XX.

M. G..., 45 ans, en soulevant de terre pour la déposer sur un chariot très bas une bande de cuivre pesant environ 25 kilos, éprouve une douleur dans les reins qui l'oblige à suspendre son travail 10 minutes après.

Le médecin traitant diagnostique : Douleur dans la région lombaire.

La douleur siège dans toute la masse sacro-lombaire et la paroi abdominale postérieure du côté gauche. Le côté droit est atteint aussi, mais à un degré beaucoup moindre.

Antécédents : Hernie inguinale gauche depuis longtemps,

du volume d'un œuf de poule avec trajet inguinal très dilaté. Testicule et épидидyme gauches presque confondus en une même masse très indurée, si grosse que la tumeur atteint le volume d'un œuf de poule. Cordon induré augmenté de volume.

Le médecin traitant connaît cette orchy-épididymite tuberculeuse depuis une dizaine d'années. Le blessé a perdu l'année dernière une fillette de tuberculose.

La ptose des viscères.

La femme présente dans sa constitution anatomique un plus grand nombre de causes capables d'expliquer une souffrance de ses racines lombaires ou de leurs branches.

Ainsi que le dit H. Russel Andrews, la multiparité chez les femmes qui font des travaux durs amène souvent un relâchement et une faiblesse des muscles abdominaux qui est la première cause du lumbago.

La musculature trop lâche amène une ptose des viscères. Le rein flottant, la bascule de l'utérus, un prolapsus vaginal, s'ils ne créent pas toujours un lumbago aigu, sont souvent à l'origine d'un état névralgique lombaire latent qui se manifestera à la première occasion.

Pendant la période menstruelle, l'utérus gorgé de sang tire davantage sur ses ligaments et le rein pèse plus lourd, irritant davantage son plexus nerveux.

D'autres fois, comme nous le verrons plus loin, une simple crise de constipation ou de diarrhée pourra donner naissance à une lombalgie jusque-là occulte.

Le fibrome.

Le fibrome utérin, quand il prend un développement suffisant, peut agir à lui seul comme traumatisme direct.

Voici deux observations concluantes, où le fibrome avait atteint le volume d'une tête d'enfant.

OBSERVATION XXI.

M^{me} D..., 50 ans, fibromateuse, a fait sa ménopause à 47 ans. Elle a présenté pendant les deux années qui l'ont précédée des crises douloureuses qui la prenaient dans le côté droit, traversaient les lombes, gagnaient le côté gauche, le ventre et descendaient jusqu'au genou gauche. Elle souffrait tellement qu'elle ne pouvait plus ni parler, ni remuer et criait de douleur.

Elle souffrait ainsi quelques heures, puis la douleur diminuait d'intensité, laissant toute la région lombaire endolorie.

L'autre malade C... porteuse d'une tumeur encore plus volumineuse, stérile, ne peut pas faire plus d'un kilomètre. Si elle insiste, elle est prise d'envie de pleurer ; si elle force, ce sont de violentes douleurs dans les fesses et dans les reins, cédant au bout de quelques heures de repos.

Chez cette dernière on comprend parfaitement le mécanisme de la douleur provoquée par le choc du fibrome sur les parois du bassin et sur les racines nerveuses.

Les suites de couches.

Nous pouvons rapprocher de ces cas les névralgies bien connues des membres inférieurs et de la région lombaire survenant pendant la grossesse. Elles reconnaissent le même mécanisme.

La grossesse est quelquefois même avec l'accouchement le point de départ de certaines névralgies aiguës qui ne se manifestent que dans les suites de couches à n'importe quelle occasion.

OBSERVATION XXII.

M^{me} G..., 23 ans, asthénique depuis un accouchement qu'elle a fait il y a 6 ans, se plaint depuis cette époque de douleurs dans le ventre.

Depuis 4 mois courbatures et douleurs dans le dos. Elle vient consulter pour une névralgie sciatique droite la faisant boiter et rendant la marche très douloureuse. Sciatique survenue brutalement sans cause apparente.

A l'examen douleur de toute la jambe gauche, points de Valleix nets ; en outre il existe des points lombaires très douloureux à la pression.

Les Dysendocrinies.

L'asthénie et la courbature ne paraissent être que l'expression de cette polynévralgie fruste.

Pavlowitch accuse la dysovarie d'être une des causes les plus importantes des douleurs lombaires

chez la femme : « L'instabilité ovarienne au cours de la vie génitale caractérisée par des phénomènes d'insuffisance et d'hyperactivité, d'aménorrhée, de congestion, amène l'invariable sensation de lassitude, de pesanteur, de brisement dans la région lombaire qui rendent pénibles la station debout et la marche. Chez les hypo-ovariques, une céphalée continue et des nausées fréquentes s'ajoutent à ces phénomènes et augmentent d'intensité à propos des époques, ou 5 à 6 jours avant leur apparition. »

Nous rapporterons du même auteur une observation d'insuffisance ovarienne avec dysménorrhée créant un état névralgique qui a disparu par l'opothérapie glandulaire.

OBSERVATION XXIII (de Pavlowitch, résumée).

Mlle T..., 24 ans, vierge. Depuis un an, époques très irrégulières qui sont en même temps devenues très douloureuses, et apparition d'une douleur lombaire continue avec céphalée persistante et migraines fréquentes.

T..., est fille unique de parents bien portants, âgés, elle a eu huit frères ; six sont encore vivants.

Premières règles à 13 ans, régulières avec légères douleurs dans le ventre. Puis, à la suite d'un refroidissement, 3 mois sans règles. De nouveau régularité des époques mais elles s'accompagnent de maux de tête.

Avec un gros chagrin coïncide l'apparition de pertes blanches, migraines avec nausées et vomissements, fortes douleurs dans le ventre et au niveau de la région lombaire, apparaissant 2 à 3 jours avant l'époque menstruelle, durant 24 heures.

Quelques années plus tard, règles tous les 15 jours pendant 3 mois, puis régularisation. Enfin grosse perturbation dans les fonctions génitales à l'occasion d'un chagrin : stupeur pendant 15 jours, changement de caractère, irritabilité, migraines fréquentes apparaissant à la suite d'une contrariété. Les règles sont devenues moins abondantes, ne durant que 48 heures, mais douloureuses avec tiraillements au niveau des reins. Les maux de tête s'aggravent et ne la quittent plus, les migraines fréquentes reviennent chaque fois que la malade a été contrariée ou à éprouvé une émotion.

Pendant les règles, fortes coliques et tiraillements insupportables dans la région lombaire la faisant se torturer. Les yeux se cernaient d'une pigmentation brune sur les paupières, et le corps thyroïde augmentait de volume à chaque menstruation.

Nous voyons la malade en janvier 1924, les joues se colorent facilement par des bouffées de chaleur subite accusant son émotivité. Elle se dit très fatiguée et se plaint que ses maux de reins l'obligent à s'asseoir souvent dans la journée pour se reposer. Par moments elle accuse des sensations pénibles de strangulation qui arrivent souvent pendant ou après la marche. Des battements de cœur précipités apparaissent pour des causes insignifiantes et les mains lui tremblent à la moindre émotion.

A l'examen, deux points lombaires supérieurs en dehors des 1^{re} et 2^e vertèbres lombaires plus douloureux sans aucune irradiation. Pas de troubles sphinctériens. Réflexes rotuliens un peu vifs. Le toucher n'a pas pu être pratiqué.

Nous diagnostiquons : insuffisance ovarienne avec insuffisance surrénale probable. Nous ordonnons à la malade

une vie calme, au repos, de l'ovolécithine et des cachets de poudre d'ovaire.

Pendant 15 jours pas de changement. Le vingtième jour les maux de tête ont diminué, ils ont disparu à la fin de la deuxième quinzaine. Le 23 février, règles avec migraines moins fortes. Elle continue ses cachets. Les céphalées disparaissent complètement.

Les douleurs n'ont pas reparu ; la malade peut travailler.

Les relations qui réunissent entre elles toutes les endocrines nous permettent de penser que si l'ovaire n'est pas toujours en cause, nous pourrions trouver certaines algies liées à une autre insuffisance glandulaire.

Quoique nous ne puissions pas en rapporter d'observations originales, nous pensons comme Dalché que les capsules surrénales jouent un grand rôle dans les manifestations douloureuses de la région lombaire. « Bien des lassitudes, des asthénies, des céphalées menstruelles, sont d'origine surrénalique, comme aussi des pigmentations menstruelles. De nombreuses douleurs lombaires de l'époque des règles trouvent leur véritable cause dans la surrénale et sont analogues aux lombalgies de la maladie d'Addison. »

Que la cause en soit attribuée à un dysfonctionnement endocrinien, il n'en reste pas moins qu'elle traduit une souffrance dont l'origine est dans l'appareil génital ainsi que nous le soutenons.

Dans nos observations personnelles, nous avons

relevé 5 fois une hypertrophie du corps thyroïde. La dysthyroïdie amenant avec elle un ébranlement nerveux peut aussi dans certains cas expliquer les lombalgies.

Le Nervosisme.

Enfin le nervosisme peut parfois être la seule cause de la douleur lombaire. Les émotions fortes sont également à incriminer. « Les malades atteintes de neurasthénie, de névrose, d'angoisse, nous dit Dalché, les hystériques mêmes, souffrent de lombalgies qui n'ont rien d'organique. Elles éprouvent au niveau des reins une sensation de lassitude douloureuse, de contusion à siège imprécis dont la persistance est pénible. Cette douleur s'accompagne d'une faiblesse qui gêne la station debout, la marche, le moindre effort, et est accrue par la pression. Il existe même parfois une sorte d'hypertension de la région qui devient trompeuse pour le diagnostic exact, surtout chez les asthéniques pour lesquelles tout mouvement est impossible. »

Les malformations et affections du squelette.

Nous n'oublierons pas enfin la lombalgie consécutive aux malformations des vertèbres lombaires.

La sacralisation de la 5^e lombaire est définie par les modifications que présentent l'une ou l'autre, parfois

les deux apophyses transverses qui augmentent de volume. Elles prennent le caractère, la dimension et la forme des ailerons sacrés, pouvant déterminer un syndrome douloureux lombaire qui lui est directement rattachable; les résultats obtenus par l'intervention chirurgicale le prouvent.

Néanmoins, comme le dit Meynadier, « La sacralisation douloureuse dont l'existence est certaine n'est que rarement en cause et pour formuler le diagnostic et instituer un traitement chirurgical, il faut avoir passé en revue les divers éléments de la pathologie lombaire. » Et Meynadier reconnaît plutôt un rôle prédisposant que déterminant à la sacralisation de la V^e lombaire attribuant « un rôle occasionnel réel à un certain nombre de facteurs : traumatisme, maladie infectieuse, rhumatisme articulaire aigu ».

La même importance paraît devoir être attribuée à la lombalisation de la I^{re} sacrée, au spina bifida, aux becs de perroquet. La constitution anatomique n'engendre pas forcément la douleur, mais est cause prédisposante. Vienne une cause déterminante, la lombalgie s'installe tenace, affectant la forme d'un lumbago chronique.

OBSERVATION XXIV.

M. G..., 56 ans, fit sur un terrain meuble une chute de 6 à 7 mètres de haut. Il ne perdit pas connaissance, mais ne put se relever ; soutenu par des camarades, il gagna la cantine où il fut soigné pendant dix jours, puis il rentra à Paris où nous le vîmes.

Il ne présenta pas de plaie, mais seulement une forte ecchymose dans la région lombaire basse. Pas d'incontinence d'urines, ni des matières. Pas d'hématurie, ni de sang dans les selles.

Pendant 3 jours, il ne put faire un mouvement tant il était dolent ; il éprouvait de plus une sensation de constriction à la base du thorax et dans la région épigastrique.

Un mois après l'accident, au moment où nous le voyons, il ne présente pas de fracture. Il ne peut rester assis, ni se baisser pour ramasser un objet.

Points douloureux : XI et XII^e intercostaux des deux côtés, racines lombaires des 2 côtés, 2 abdomino-génitiaux, 2 sciatiques, 2 cruraux, 2 plexus cervicaux, trous sacrés postérieurs.

L'examen radiographique révèle l'existence de becs de perroquets le long de la colonne lombaire et des deux dernières dorsales. La constitution anatomique de ce blessé ne lui cause aucune souffrance.

L'influence du traumatisme est évidemment la cause du lumbago.

La présence des becs de perroquets explique la persistance et la durée tenace de ce syndrome.

Léri a décrit cette forme de rhumatisme vertébral chronique sous le nom de lombarthrie.

« Le lombarthrique se plaint de douleurs vives continues et paroxystiques de la région lombo-sacrée et souvent plus encore des fesses et des cuisses ; presque toujours il ne peut se tenir que le corps penché en avant... quand il se tient debout, on observe parfois comme un léger degré d'empâtement de la

région lombaire, mais sans rougeur, ni chaleur, ni œdème véritable ; les saillies osseuses sont seulement estompées : « cette proéminence linéaire est pour nous, ajoute Léri, le signe pathognomonique de l'affection. »

« Une radiographie faite d'avant en arrière montre que les corps vertébraux sont fortement cannelés par élargissement de leurs extrémités supérieures et inférieures et par diminution relative de leur partie moyenne. Nous avons l'image de ce que l'on peut appeler des vertèbres en « diabolo ».

Léri admet comme cause de lombarthrie le froid, l'humidité, le surmenage, les mauvaises conditions de la vie en campagne pendant la guerre dans certains cas, sans nier l'influence d'un traumatisme lombaire qui n'est que la cause localisatrice d'un rhumatisme vertébral chronique auquel le sujet est d'autre part prédisposé par « l'humidité, le surmenage et la vie des tranchées ».

Nous ne dirons qu'un mot des spondylites et de la carie tuberculeuse des vertèbres lombaires qui peuvent donner une lombalgie : mais la raideur de la colonne, l'évolution même, continuellement progressive, l'examen radiographique feront porter le vrai diagnostic.

Le lumbago xanthochromique.

Il n'en est pas de même d'une forme décrite par Sicard : « le lumbago xanthochromique, » dans laquelle le syndrome est constitué par de vives douleurs lombo-

abdominales s'irradient dans les membres inférieurs avec immobilisation dorso-lombaire par contracture paravertébrale, et qui est secondaire à une tumeur rachidienne exerçant une compression radiculaire.

Le diagnostic est d'autant plus délicat que les signes cliniques sont négatifs ; il n'y a ni parésie des membres inférieurs, ni trouble des réflexes tendineux ; aucune spasticité d'ordre pyramidal et pas de troubles sphinctériens. Le diagnostic ne peut être basé que sur radiographie après lipiodol montrant l'arrêt de la bille lipiodolée au niveau d'un segment vertébral lombaire, et par une rachicentèse montrant par ponction lombo-sacrée un liquide xanthochromique avec possibilité de très forte dissociation albumino-cytologique.

Le malade vient le plus souvent consulter pour un lumbago.

OBSERVATION XXV (Sicard et Laplane).

Mme T..., 25 ans (juin 1922). Depuis 6 ans crises de lumbago avec raideur rachidienne et irradiations douloureuses dans les membres inférieures. Réflexivité tendineuse normale. Pas de troubles sphinctériens. Pas de trouble de la sensibilité objective.

En raison de la longue durée de l'évolution, ainsi que des intermittences algiques, de l'absence de troubles sphinctériens, de l'absence de parésie des membres inférieurs, de l'intégrité radiographique des vertèbres, nous faisons le diagnostic de lumbago xanthochromique.

Mais la rachicentèse lombaire, en nous montrant un

aspect jaunâtre du liquide céphalo-rachidien réforme ce diagnostic. Il s'agit de compression radiculaire.

L'opération faite par Robineau permet de découvrir une tumeur d'ordre neurogliomateuse (Roussy).

Ablation de la tumeur avec section de la IV^e racine lombaire droite à laquelle elle est adhérente. Guérison.

La malade est heureusement transformée, elle n'a plus de douleurs et elle a repris ses occupations habituelles. Le liquide céphalo-rachidien 2 mois après l'opération avait récupéré ses qualités normales.

Le Bordet-Wassermann du sang et du liquide céphalo-rachidien avait toujours été négatif.

ROLE DES INFECTIONS

Le chapitre que nous venons de terminer a défini le terrain et les causes traumatiques du lumbago; celui-ci va mettre en lumière les causes qui sur ce terrain font naître le syndrome.

Si le traumatisme est plus souvent cause prédisposante que déterminante, hormis le cas où il est violent, la cause effective est fréquemment d'ordre médical.

Ramond reconnaît deux grandes causes au lumbago aigu : « Le froid humide et la fatigue musculaire, soit sous forme d'efforts violents, soit sous forme de travail physiologique soutenu et prolongé : de surmenage. »

Le froid et l'humidité s'associent pour faire éclore de multiples affections endémiques auxquelles chacun est habitué, et dont personne ne s'alarme, ne doutant pas de leur bénignité. La fatigue poussée à l'extrême se manifeste par de la courbature ; sensation que nous rencontrons également en pathologie toutes les fois qu'il y a une infection brusque ; le malade se plaint alors de douleurs sans contours nets qu'il ne peut localiser exactement.

L'exploration permet au médecin de localiser les

foyers multiples de ces douleurs sur le trajet, ou aux points d'émergence des nerfs. Il ne faut qu'un degré de plus pour que ces points flous de névralgie latente deviennent de la névralgie vraie.

Le terrain une fois constitué, étudions les causes déterminantes de cette lombalgie rhumatismale : infection buccale, rhino-pharyngée, gastro-intestinale ou pulmonaire, en un mot : infection.

Les infections bucco-dentaires.

Il ne nous a pas été donné de rencontrer de malades chez lesquels on pouvait rapporter la cause du lumbago à une infection buccale ou dentaire et nous n'en rapporterons pas d'observation.

Les médecins anglais ont démontré l'importance de cette infection au Congrès de Bath. En Amérique, George Martyn a insisté sur les lombalgies rhumatismales dont le point de départ était des foyers tonsillaires ou dentaires. A Genève, en 1926, Magnin a démontré dans sa thèse, l'influence pathogénique des caries dentaires et des pyorrhées.

Il est de notion courante qu'une carie dentaire, une pyorrhée alvéolo-dentaire, entretiennent la bouche dans un état de septicité qui ne peut laisser le pharynx indifférent. Aussi les angines sont-elles particulièrement fréquentes chez les malades dont la bouche est en mauvais état d'entretien. En outre, la déglutition continuelle de pus pendant un temps

indéfini, tant que la cause n'est pas reconnue, infecte tout le tractus digestif.

Les infections rhino-pharyngées.

Dans un grand nombre de cas, l'infection du rhino-pharynx et des amygdales s'est manifestée à nous en même temps qu'apparaissait une lombalgie : l'une nous a semblé être la conséquence de l'autre.

OBSERVATION XXVI.

M^{me} F..., 58 ans, opérée il y a huit jours de la cataracte est clouée dans son lit par une douleur très violente dans tout le côté droit et la jambe droite. Elle ne peut pas dire comment cette douleur est apparue. La masse sacro-lombaire droite est contracturée. La malade accuse une douleur vive au moindre mouvement, et à la plus petite pression, elle écarte les mains qui la palpent. Toutes les racines lombaires et la sciatique sont sensibles à droite.

M^{me} F..., ne fait pas de température, n'a pas de troubles des réflexes, ne présente aucun trouble sphinctérien ; sa gorge est rouge, ses amygdales sont tuméfiées.

Par un analgésique, nous calmons la malade. Le lumbago et la sciatique disparaissent comme par enchantement en 48 heures par un traitement de gargarismes, d'insufflations nasales, d'inhalations et d'attouchements de la gorge. Revue deux mois après la malade va bien, et n'a plus souffert ni de sa gorge, ni de ses douleurs.

Brahme dans une étude pathogénique de la sciatique conclut que l'on peut incriminer, tantôt un fac-

teur infectieux tantôt un facteur inflammatoire. Il rapporte quatre cas de sciatique ayant cédé à une amygdalectomie : les amygdales enlevées présentaient des signes d'inflammation chronique sous forme d'obturation des cryptes par des bouchons de muco-pus et d'autres cas dans lesquels la réaction de sédimentation de Faehraens donnait des valeurs élevées, ce qui semblait aussi montrer l'intervention probable d'un facteur infectieux.

Voici maintenant l'observation d'une malade qui va résumer tout ce que nous avons déjà dit.

OBSERVATION XXVII.

M^{me} P..., 54 ans, toujours bien réglée depuis l'âge de 15 ans, se plaint depuis deux ans au moment de ses règles de migraines, qui à en entendre la description ressemblent à des névralgies.

Depuis un an elle se plaint d'une douleur dans le bras droit apparue à la même époque que des plaques d'urticaire sur la figure et le cou, quand elle se lave le matin. Cet urticaire, est sans rapport avec les heures de repas, et ne se montre que lorsqu'elle se mouille. Elle en a ainsi encore maintenant presque tous les jours et les crises sont plus fortes au moment des époques.

Elle éprouve depuis ce temps une douleur dans les bras, plus forte à droite qui survient toutes les nuits entre 1 heure et 4 heures du matin : c'est un engourdissement qui la réveille. La ménopause a créé chez elle un état névralgique qui ne se manifeste qu'au moment des époques. Un urticaire témoin d'un trouble digestif anaphylactique

installe à demeure sur ce fond une douleur nocturne régulière. Une infection va la localiser, la porter à son acmé.

Le 2 mars, la malade se plaint d'une douleur violente apparue brutalement dans la jambe gauche et remontant jusque dans les reins. Le 3 mars, elle souffre un peu de la gorge. Le 4 son médecin la soigne pour une angine rhumatismale. Le 7, l'angine est guérie, la douleur de la jambe très atténuée.

A l'examen, douleur à la pression des points rétro-maléolaire, poplité, péronier, fessier. Une injection au point d'émergence du sciatique de 20 cmc. de Novocaïne à 1/200 parfait la guérison.

OBSERVATION XXVIII.

M. O..., 40 ans, livreur, vient nous trouver : en montant un escalier, il a ressenti une violente douleur dans les reins, à droite, puis, la douleur s'étant un peu calmée, et il a fini sa journée en peinant. A l'examen on note une contracture des masses lombaires avec points douloureux de toutes les racines à droite, des points sciatiques et obturateurs.

Le malade interrogé, nous apprend que cette douleur est apparue le même jour que le début d'un coryza abondant. Un analgésique, et le traitement de l'infection locale amènent en même temps que la guérison nasale une cessation complète des douleurs de reins.

Nous pourrions citer nombre d'observations, toutes semblables de malades chez lesquels, le lumbago apparaît à l'occasion d'une angine, débute avec un coryza, ou se manifeste en même temps qu'apparaît une pharyngite : toutes ces observations se superposent.

Les infections gastro-intestinales.

Le tube digestif, avec ses glandes annexes, est un tout dont il n'est pas toujours aisé de distinguer les éléments pour les séparer artificiellement, d'autant plus que les symptômes se manifestent souvent, sur plusieurs segments à la fois. Il n'en est pas moins vrai que dans les cas frustes de maladies digestives, on se trouve en face d'un tableau imprécis. Souvent, le symptôme intéressant pour le médecin est de ceux qui n'inquiètent pas le malade, à cause de la grande habitude qu'il en a, surtout si ce symptôme n'entrave pas sa vie normale ou n'est pas douloureux.

Nous avons observé beaucoup de névralgies qui ne souffraient pas du point particulier qui attirait notre attention ou n'en parlaient plus ; ils l'avaient soigné sans succès ou ne voyaient aucun rapport entre leurs douleurs et un état que l'habitude leur faisait considérer comme normal et sans intérêt.

OBSERVATION XXIX.

M. O..., 37 ans, en bonne santé apparente se plaint d'une douleur dans les reins à droite depuis quatre ans. Il nous explique que la douleur dont il souffre ne le quitte jamais, reste sourde et très supportable presque toute l'année, mais devient vive à certains moments, à tel point qu'il a été obligé de prendre le lit deux fois.

Actuellement, O..., est étendu souffrant au moindre mouvement, la masse sacro-lombaire droite contracturée est douloureuse, le sciatique droit l'est au moindre mou-

vement ou à la plus petite pression. Il n'a pas de température, et ne présente qu'une constipation, le laissant quelquefois 5 à 8 jours sans selles.

L'interrogatoire lui fait préciser que la première crise douloureuse est apparue à la suite d'un ictère. Le foie, de taille normale, ne débordant pas les fausses côtes est douloureux à la palpation profonde. Le malade, soulagé par des analgésiques est traité comme un hépatique. Deux mois après la constipation a cédé, le foie est encore légèrement sensible, mais les douleurs sourdes que le malade accusait depuis quatre ans ont disparu complètement.

Ch. Buizard a montré l'importance de cette douleur lombaire pour le diagnostic de la cholécystite, surtout chronique. « Le malade, dit-il, se plaint de toujours souffrir des reins, la nuit la douleur le gêne ou l'empêche de se retourner dans son lit. Il peut exister des paroxysmes douloureux 3 ou 4 heures après le repas ou au cours d'une poussée aiguë de cholécystite. »

L'observation de M. O... est étroitement apparentée à cette description. Chez ces malades, la douleur siège à droite dans les muscles sacro-lombaires qui sont en général plus ou moins contracturés : elle est naturellement localisée à l'un des deux points suivants, d'un diamètre de 3 à 5 cm., l'un supérieur dans la moitié externe de la masse sacro-lombaire au-dessous des côtes, l'autre inférieur le plus fréquent, toujours dans la moitié externe de la masse musculaire, à un ou deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque.

Nous avons pu vérifier chez nos malades ce que Buižard décrit. La douleur que l'on détermine au niveau de la vésicule biliaire par la palpation ou les inspirations profondes provoque la douleur lombaire ou l'augmente : lorsque la sensibilité vésiculaire s'atténue, le point douloureux lombaire s'atténue aussi jusqu'à disparaître. Dans un grand nombre de cas, un examen attentif nous a permis, en dépistant un mauvais fonctionnement hépatique et en traitant leur foie, de débarrasser de leurs douleurs des névralgiques se soignant sans succès depuis longtemps.

OBSERVATION XXX.

Mlle Q..., 42 ans, nerveuse, frisant la mentale, raconte que, depuis qu'elle se connaît, elle est sujette à des crises de bile » avec vomissements qui se reproduisent tous les deux mois. Lorsqu'elle traverse une des crises : « un rien lui porte au cœur » ; en levant les bras, elle est prise de vertiges, et les vomissements suivent. Ces crises durent deux à trois jours pendant lesquels elle est incapable de travailler et se plaint de douleurs dans la jambe droite.

Nous la voyons en dehors de ses crises et révélons des douleurs au niveau de ses racines lombaires à droite, point sciatique et point obturateur. Un traitement digestif et des médicaments hépatiques viennent à bout des crises que la malade nous a décrites, : un an après, toute douleur a disparu.

OBSERVATION XXXI.

M. K..., 47 ans, se plaint de douleurs gastriques ne se produisant pas dans la journée, mais survenant depuis 3 semaines tous les soirs à minuit. Ces douleurs ont débuté brusquement, elles cèdent à l'ingestion de bicarbonate de soude, mais se reproduisent deux à trois fois chaque nuit. Il était constipé depuis deux mois, la constipation a disparu quand la douleur est apparue.

Il n'accusait aucune névralgie, mais présentait une sensibilité douloureuse des racines lombaires droites et du sciatique droit. Un traitement d'injections de novocaïne à 1/200 au point d'émergence du sciatique droit à la fesse a fait cesser immédiatement les douleurs gastriques nous montrant le rapport de l'un et de l'autre.

Matignon s'est attaché à décrire toute une série de symptômes dont la cause peut paraître assez difficile à préciser tout d'abord et qu'un examen suivi permet de rapporter à des troubles intestinaux.

En ce qui nous concerne, nous avons rencontré un certain nombre de malades chez lesquels les plexus périvasculaires de l'aorte et des deux iliaques étaient sensibles. Les malades accusent la douleur au moment où les doigts explorateurs commencent à percevoir les battements de l'artère, elle en suit d'ailleurs exactement le trajet anatomique : le doigt du malade suivant la douleur trace exactement le trajet de l'aorte jusqu'à l'appendice xyphoïde. Cette sensibilité est témoin d'une souffrance de l'intestin : empâtement cæcal, constipation spasmodique, diarrhée.

Chez un grand nombre de ces malades, nous avons trouvé une douleur du sciatique droit ou des deux sciatiques, mais plus accusée à droite, ou une douleur des racines lombaires avec quelquefois participation du crural.

Quelle importance faut-il attacher à ces symptômes intestinaux, et quelle indication peuvent-ils nous donner? L'histoire de ces malades est généralement suffisamment riche, et contient assez de causes de névralgies pour permettre d'attribuer à la névralgie et au trouble digestif la même cause.

Voici une nouvelle observation où le traitement appliqué à la douleur fit cesser en même temps le trouble intestinal.

OBSERVATION XXXII.

M^{me} C... 43 ans, non mariée n'a pas eu d'enfants, elle est réglée depuis l'âge de 13 ans. Elle est restée deux ans sans voir ses règles ; depuis six mois les règles sont redevenues normales. Depuis quatre à cinq mois douleurs avec sensation de fourmillements dans toute la main gauche. Corps thyroïde augmenté de volume sans signe Basedowien.

M^{me} C... présente une douleur des deux sciatiques à la pression ; il y a six mois, elle a eu une crise de sciatique. Elle est très constipée, reste parfois huit jours sans aller à la selle. Le gros intestin, les plexus périaortiques et périiliaques sont douloureux à la palpation. A la suite d'une injection de 20 cc. de novocaïne à 1/200 dans le sciatique droit, les selles se régularisent tous les deux jours, puis tous les jours à la seconde injection. Les dou-

leurs ont disparu, les fourmillements dans le bras sont moins violents.

En général le côté droit est manifestement plus souvent sensible. Matignon incrimine l'intestin et note que ces malades accusent en même temps des douleurs sous-scapulaires, ou d'allure pleurodynamique, ou rappelant la sciatique. En les examinant, on trouve un côlon gros, dur, spasmodique, sensible, météorisé.

Il en est de même lorsqu'au lieu de constipation, on se trouve en présence de diarrhée.

OBSERVATION XXXIII.

M^{me} C..., 26 ans, exophtalmique, mais ne présentant aucun signe de la maladie de Basedow se plaint de lumbago coïncidant avec de la diarrhée. Les seuls points douloureux sont les cinq racines lombaires et le sciatique droit ainsi que le plexus periaortique.

Un traitement par vaccinothérapie et désinfection intestinale n'arrive pas à diminuer le nombre des selles, mais les douleurs lombaires disparaissent dès la première injection. Sept injections furent ainsi pratiquées sans plus de succès quant à la diarrhée. L'antisepsie vaccinale de l'intestin avait supprimé la douleur névralgique, mettant en évidence l'action de l'infection sur la douleur nerveuse.

Nous nous attaquons alors aux nerfs précédemment douloureux et qui sont restés sensibles à la pression quoiqu'ils ne soient plus douloureux spontanément, dans l'espoir d'agir sur l'intestin. Le traitement modificateur de la sensibilité nerveuse arrête la diarrhée.

Ce double effet, montre combien sont étroits les rapports de l'infection intestinale et de la névralgie, comme aussi l'influence de la névralgie et son étroite parenté avec le trouble moteur et sécrétoire de l'intestin, ainsi qu'on peut appeler ici la diarrhée.

L'observation suivante, nous découvre tout un enchaînement de faits.

OBSERVATION XXXIV.

M^{me} W..., 57 ans, présente des petits signes de dysthyroïdie ; elle a fait sa ménopause il y a cinq ans. De cette époque date une douleur lombaire qui ne se fait sentir que par moments. Il y a un an apparut un lumbago qui passa au bout de quelques jours. Depuis trois mois le lumbago sans avoir l'intensité d'un « tour de reins » est continu.

Dans l'intervalle, depuis six mois, s'est établie une diarrhée avec dix à quinze selles par jour d'odeur nauséabonde et par crises. Depuis quinze jours s'est manifestée une sciatique droite. Les selles sont accompagnées de lombalgie violente avec faiblesse, nausées, au point que la malade est obligée d'appeler à l'aide. Elle reste ensuite deux à trois jours sans appétit ; puis succède une période de spasmes où les selles sont de petit calibre. Alors cette sensation de faiblesse ne se produit plus. Nous trouvons douloureux les points suivants : lombaires, sciatiques et brachial droits.

La malade accuse le matin au réveil une asthénie avec teint jaune de la face qui se dissipe au bout d'un certain temps. Un régime accompagné d'un traitement digestif amende les phénomènes douloureux.

Parfois les troubles intestinaux sont contemporains et déterminés par une affection ou des troubles dans la sphère génitale.

Cette dernière observation fait bien ressortir le lien qui unit l'appareil génital à l'intestin et aux douleurs. Constamment l'époque des règles augmente ou fait réapparaître la diarrhée ; elles y ajoutent de la gastralgie ou du pyrosis. Les points douloureux qui affectent plus particulièrement les nerfs de la partie inférieure du corps, sont rendus plus sensibles, augmentés de nombre ; il s'y ajoute des points douloureux de la moitié supérieure du corps. Par le traitement, les douleurs disparaissent en même temps que la diarrhée. Les causes qui agissent sur les racines nerveuses vagino-rectales provoquent un réflexe intestinal.

OBSERVATION XXXV.

M^{me} T..., 37 ans, stérile présente un utérus infantile, elle a été réglée normalement de 14 à 16 ans. A cet âge elle a commencé à se plaindre de troubles intestinaux accompagnant le début de ses règles. A l'occasion de chaque selle, elle éprouvait en même temps que le besoin de défécation, des nausées et une envie de dormir avec vapeurs. Une douleur prenait naissance dans le cæcum, poursuivait son chemin le long des colons, augmentant ainsi que les malaises considérablement lorsqu'elle arrivait dans la fosse iliaque gauche pour cesser après la selle.

Il y a cinq ans, ces douleurs intestinales ont été remplacées par des douleurs névralgiques qui ont augmenté dans de grandes proportions depuis trois ans. Pourtant, de

temps en temps, les névralgies disparaissent en même temps que se produit un retour de ces malaises intestinaux. La malade se plaint des flancs et du dos. Les points douloureux relevés sont : les racines lombaires et tous les nerfs intercostaux des deux côtés, les deux sciatiques, le fémoro-cutané gauche.

L'action de la fluxion menstruelle est indéniable. Mais devons-nous attribuer la diarrhée à une névralgie motrice ou la névralgie au trouble intestinal ? La question est plus délicate. Il semble qu'on puisse conclure logiquement que l'état du tube digestif est antérieur en date à la névralgie. Dans les cas que nous venons de citer, n'avons-nous pas remarqué la malade qui était venue consulter pour diarrhée, et ne se plaignant nullement des points douloureux latents que nous lui avons révélés.

Les causes capables de créer le terrain névralgique s'enchevêtrent d'ailleurs si étroitement que nous en rencontrons plusieurs dans chaque observation, et nous sommes obligés d'admettre que leur réunion contribue à former un fonds névralgique inconnu du patient qu'un incident révélera.

Toutes les causes par leur réunion, sont des causes prédisposantes, toutes les causes également individuellement, peuvent devenir dans chaque cas particulier la cause occasionnelle, déclanchant la névralgie.

A vrai dire, les affections intestinales, se classent entre l'infection et le traumatisme, car le malaise du tube digestif participe de l'un et de l'autre.

Sans parler des cas d'appendicite aiguë, dans lesquels toute névralgie s'estompe devant la douleur appendiculaire tant elle est violente, il est intéressant de lire l'histoire de ce malade venu se plaindre de lumbagos récidivants par accès, qui était atteint d'appendicite chronique et chez lequel l'opération amena la cessation définitive des douleurs lombaires.

OBSERVATION XXXVI.

M. P... 28 ans, depuis environ six ans est pris une ou deux fois par an de douleurs lombaires qui l'obligent à arrêter son travail pendant 5 à 8 jours. C'est au cours d'un de ces accès qu'il vient nous consulter. Constipé pendant ces crises qui sont apyrétiques, il n'accuse aucun autre symptôme. Maigre déjà, il a maigri de un kilogramme depuis six mois.

A l'examen, les racines lombaires sont douloureuses, davantage à droite ; les plexus péri-iliaques sont sensibles. Le point de Mac Burney est nettement plus sensible, on trouve une légère douleur vésiculaire à la palpation du foie en inspiration profonde. Le malade n'a jamais eu de crise d'appendicite, son teint est clair : c'est un grand nerveux. Lorsque la poussée douloureuse lombaire s'efface, les racines restent sensibles à la pression. Après plusieurs examens, le malade est opéré pour appendicite chronique : l'opération confirme le diagnostic.

Deux ans plus tard le malade a repris le poids qu'il avait perdu ; les crises douloureuses ont été supprimées par l'ablation de l'organe malade.

Cette observation d'appendicite, présente au point

de vue des éléments de diagnostic une notion intéressante. On a décrit de nombreux points abdominaux ou lombaires que les auteurs ont donnés comme signe d'appendicite. Quelques-uns en ont même déduit la position de l'appendice ; nous ne retenons que les principaux :

Le point de Mac Burney situé à mi-route sur la ligne ombilico-épine iliaque antérieure qui se superpose à l'appendice et indique, lorsqu'il est douloureux, la souffrance de l'organe.

Tous les points situés sur une ligne qui va de l'ombilic au milieu de l'arcade de Fallope ; ils suivent le trajet de l'artère iliaque externe, ils indiquent une souffrance de la région caecale sans mettre particulièrement en cause l'appendice.

Les points douloureux lombaires correspondent aux racines du fémoro-cutané et du génito-crural qui peuvent attirer l'attention sur l'appendice, mais qu'on rencontre également dans la hernie et les affections du testicule et de l'épididyme.

Les infections grippales.

Spring parlait déjà du lumbago de courbature : les médecins purent en constater un certain nombre au cours de l'épidémie de grippe de 1918. Les douleurs apparaissent au moment de la convalescence, souvent le corps entier est endolori et meurtri, la courbature est générale. Quelquefois, choisissant la région lombaire seulement, la courbature est telle qu'elle est

douloureuse : le malade fait ce que l'on appelle un lumbago.

Essaü rapporte qu'au cours de la dernière épidémie de grippe espagnole il a rencontré un syndrome douloureux très violent intéressant la musculature lombopelvienne d'un seul ou des deux côtés avec participation fréquente du diaphragme et des intercostaux. Ces douleurs s'accompagnaient de spasmes intestinaux et de propagation vers le scrotum, d'où de multiples erreurs de diagnostic. « Qu'il s'agisse de myosite ou ou de névrite, ajoute Essaü, ces manifestations, dont la caractéristique principale est la douleur très violente, paraissent bien être en rapport causal direct avec l'infection grippale. »

Les infections pulmonaires.

Veyressat et Ody ont signalé les mêmes lombalgies, au cours de la variole, de la fièvre typhoïde au début, de la malaria. Une simple pleurite, à plus forte raison une pleurésie, une bronchite, seront, d'autres fois, la cause princeps du « mal de reins » dont se plaint le malade.

OBSERVATION XXXVII.

Mlle B..., 30 ans, obèse pèse 88 kilogrammes, mesure 1 m. 60. Elle fait depuis trois ans à l'automne et au printemps des poussées de bronchite récidivante. Au printemps dernier une crise douloureuse de sciatique gauche a fait suite à un épisode emphysémateux. Bonne santé

G. Houzel

pendant l'été, puis au mois de novembre elle est restée à la chambre toussant et essoufflée ; aucune crise douloureuse n'a suivi.

Le 13 avril de l'année suivante nouvelle poussée de bronchite qui s'accompagne le 18 de Lumbago : en rangeant à bout de bras un carton dans une armoire, Mlle B... pousse un cri, elle s'étend aussitôt ; une vive douleur dans toute la région lombaire gauche lui interdit tout mouvement.

La palpation des masses musculaires contracturées est sensible, la pression des racines nerveuses lombaires très douloureuse. L'examen montre que le sciatique gauche a réagi, mais le syndrome lombaire domine le tableau et efface toute autre sensation.

L'auscultation montre des râles sibilants disséminés dans toute la poitrine, plus nombreux à gauche.

La lombalgie diminua progressivement ; l'immobilité soulageait la malade, mais les douleurs furent tenaces ; ce n'est que le 23 mai, au moment où disparurent les sibilances pulmonaires, que Mlle B... put se relever sans souffrir du dos.

La syphilis.

Certains auteurs, entre autres, Bechterew, ont essayé de trouver dans la syphilis une cause de lombalgies.

La tuberculose.

Veyressat et Ody signalent une autre origine infectieuse de rhumatisme chronique en « cette forme de tuberculose que Poncet a décrite magistralement sous le nom de tuberculose inflammatoire ».

La gonococcie.

Enfin Hesnard et Veillet ont présenté en 1924 à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux un malade qui présentait depuis plusieurs années des douleurs lombaires du côté droit, avec irradiation le long de la crête iliaque et dans la partie externe et supérieure de la cuisse. L'examen leur a permis de poser le diagnostic de névrodolite funiculaire de L. I. Un ensemencement du sperme du malade ayant donné une culture pure de gonocoques, ils guérissent leur malade par une autovaccination au bout d'un mois.

Il semble donc que certaines gonococcies peuvent engendrer un syndrome douloureux lombaire, comme toute infection en général.

Il résulte des observations que nous avons pu faire sur nos malades que beaucoup d'entre eux, qui ne se plaignent pas de douleurs n'en présentent pas moins à l'examen une sensibilité nette d'un certain nombre de leurs racines ou de leurs points nerveux. Nous en déduisons que la découverte de ces points peut rendre grand service en médecine générale en révélant l'aire d'une région anatomique ou d'un organe qui a subi antérieurement un traumatisme accidentel, chirurgical ou microbien dont l'anamnèse peut n'être pas indiffé-

rente pour le diagnostic et la conduite du traitement.

Suivant l'affection à laquelle il appartient et sa durée le lumbago, qui n'en est qu'un symptôme, sera dit aigu ou chronique.

PATHOGÉNIE

Nous nous sommes contentés dans ce travail de rapporter des faits cliniques et nous avons essayé de montrer comment se fait l'apparition des lombalgies à l'occasion de causes bien diverses ; définissant le lumbago traumatique vrai, qui constitue le petit nombre, rapportant le lumbago à sa véritable origine : l'infection.

La pathogénie de ce syndrome est une question qui a été très discutée et sur laquelle les auteurs ne sont pas d'accord.

Pour Bouillaud, le lumbago serait une inflammation rhumatismale du tissu cellulaire intermusculaire de la région, cellulite, comme nous dirions aujourd'hui, ajoute Ramond.

Pour les auteurs anglais (Romer), le lumbago traumatique serait dû à quelques ruptures dans la structure tendineuse des muscles de la région lombaire. Mais Romer émet cette opinion sans pouvoir l'expliquer et n'ose la croire absolue, car il n'a jamais pu faire d'examen *post-mortem*, et deuxièmement parce qu'il n'est pas possible d'être certain de la nature d'une lésion si profondément située.

Pour les auteurs suédois (Volke-Lindstedt), l'hyper-tonie des muscles lombaires et fessiers serait susceptible de provoquer des courbatures douloureuses.

D'autres auteurs ont aussi soutenu une théorie musculaire : le lumbago est un myo-rhumatisme. Dernièrement Bircher a démontré sur biopsies la parfaite intégrité musculaire des sujets atteints de lumbago.

Certains se sont demandé si ces douleurs ne siègeraient pas au niveau des fibres tendineuses d'insertion.

Une théorie articulaire a eu aussi quelques adeptes : arthrite vertébrale lombaire ; cette opinion se fonde sur la fréquence du rhumatisme articulaire opposée à la rareté du myo-rhumatisme.

Léri trouve dans les déformations du corps vertébral (vertèbres en diabolo, bec de perroquet) la cause du lumbago chronique. Malheureusement ces lésions osseuses ne se voient pas dans tous les lumbagos chroniques et Sicard les a rencontrées en dehors de tout syndrome lombarthritique.

Sous l'impulsion de Déjerine et de ses élèves, c'est à la région radiculaire et à la racine médullaire que l'on avait attribué la localisation initiale la plus fréquente des algies : névralgies brachiale, intercostale, abdominale, sciatique vulgaire étaient considérées comme liée à une radiculite. Mais cette théorie est trop absolue et l'on comprend mal la localisation d'une irritation intra-méningée se cantonnant dans le liquide céphalo-rachidien d'un seul côté et à quelques racines seulement.

Sicard va nous expliquer la pathogénie du lumbago : « L'histoire du lumbago, dit-il, se joue dans le carrefour du trou de conjugaison. La moelle n'y participe pas. Seuls sont responsables les verrous de l'articulation vertébro-lombaire, les canaux de conjugaison ou névrodoques, et les racines extra-duremériennes, ou funiculi, qui traversent ces canaux. Le lumbago, comme la sciaticque du reste, est *la maladie du trou de conjugaison*, l'arthrite du trou de conjugaison avec priorité articulaire chronologique et réaction secondaire des funiculi. Dans le lumbago, l'arthrite est bilatérale. »

Nous sommes loin du terrain ordinairement assigné au lumbago, dans la masse sacro-lombaire qui donne lieu à tant de dénominations fantaisistes.

Il existerait à l'origine du syndrome une arthrite rhumatismale des articulations vertébro-lombaires, c'est-à-dire des apophyses vertébrales qui limitent en arrière le trou de conjugaison ou névrodoques.

Secondairement, l'inflammation articulaire retentirait sur le nerf rachidien qui traverse le canal osseux, funiculus. Il y aurait névrodocite primitive et funiculite secondaire. L'on comprend l'intensité suraiguë des douleurs et leur association avec la sciaticque. ✓

L'existence admise de cette arthrite explique le début brusque à l'occasion d'un mouvement, l'exacerbation des douleurs au mouvement, leur disparition presque complète dans l'immobilité.

« Quant à la cause princeps de l'arthrite, ajoute Ramond, myosite, cellulite, funiculite génératrice des

douleurs lombaires, nous en sommes réduits à la trouver dans le Rhumatisme avec un grand R, c'est-à-dire sans que nous puissions dire s'il s'agit d'infection, intoxication, auto-intoxication, de choc colloïdo-classique. »

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

La description qu'on fait du lumbago n'est qu'une suite de phénomènes découlant de la douleur. A l'occasion parfois d'un mouvement sans effort, le malade se trouve arrêté par une douleur violente et subite qui le cloue sur place, et lui arrache un cri. Si personne ne lui vient en aide, il est incapable désormais de se redresser et de faire un pas. S'il travaillait, il est obligé d'interrompre sur le champ, et l'on est contraint de le ramener chez lui avec mille ménagements, au prix de combien de douleurs. Tous les cahots lui sont pénibles.

Les récidivistes qui connaissent la sensation et ses prodromes sentent venir la crise, si nous en croyons Godlewski : « J'ai constaté, dit-il, que lorsque débute la douleur, ce n'est pas en réalité à l'occasion d'un mouvement qu'elle survient, c'est à l'occasion d'un mouvement qu'elle est exagérée. » Il existe donc une sensation pénible prémonitoire que connaissent bien les vieux lumbalgiques : s'ils persistent dans le travail, la crise se produit ; peuvent-ils garder l'immobilité ? ils y échappent.

Du coup tout le rachis lombaire s'est figé dans une attitude. La masse sacro-lombaire s'est contracturée :

les vertèbres, indépendantes et mobiles jusque-là, ne forment plus qu'un bloc. Qu'un seul côté se trouve atteint, une inflexion se produira penchant le tronc du côté douloureux. Si les deux côtés sont touchés, le corps demeure raide et droit, également verrouillé à droite et à gauche. L'impotence fonctionnelle est complète, déjà réalisée par la contracture, augmentée par la douleur que réveille le moindre mouvement.

Déshabillé pour l'examen, le malade couvre ses lombes de sa main. C'est dans les muscles qu'il localise son mal. Ils sont en effet douloureux lorsqu'on y fait une pression : mais la raideur empêche qu'on les déprime et défend contre les sensations pénibles. Aborde-t-on le côté externe de la masse ? il n'en est plus ainsi. La douleur est portée à son maximum, le malade la fuit.

Tous les points d'émergence des racines nerveuses lombaires sont exquisement sensibles : souvent celles du côté opposé réagissent par irradiation, et, si l'on explore les régions voisines, il n'est pas rare de constater qu'un certain nombre de troncs nerveux vibrent à l'unisson, quoique plus faiblement.

La contracture saute aux yeux : les saillies musculaires des masses parallèles ont perdu leur parallélisme. Un léger degré de scoliose fait un arc tourné du côté malade, sous tendu par la corde contracturée, rigide, droite, dure et faisant une saillie bien plus forte que du côté sain. Qu'un mouvement provoque une douleur, ou que plus simplement un effort de toux, une défection, le rire, le hoquet se produisent,

la contracture s'étendra à tous les muscles abdominaux, faisant pour un moment un ventre de bois au malade.

Etablissant ce diagnostic, nous n'avons encore défini qu'un symptôme. Il nous faut maintenant le rattacher à l'affection dont il n'est qu'une manifestation.

Lorsqu'un traumatisme extérieur s'est produit, l'examen se trouve circonscrit dans la région lombaire, soit que le blessé ait fait une chute, soit qu'il ait reçu un corps pesant ou tombé de haut.

Une simple contusion attestée par un gonflement œdémateux, une ecchymose, un hématome, justifiera l'attribution du lumbago à la blessure.

D'autres fois une radiographie sera nécessaire devant l'insuffisance des signes objectifs. Elle révélera une fracture des apophyses transverses lombaires, ou même un tassement d'un corps vertébral effondré qui lui donnera la forme d'un coin.

Le traumatisme, pour n'avoir pas de point d'application direct, n'en existe pas moins lorsqu'une surcharge subite surprend l'homme, lui imposant un effort qu'il n'a pu préparer ni graduer.

Il en est ainsi quand une équipe d'ouvriers soulevant une lourde masse, la chute de l'un d'eux double le poids supporté par son compagnon. Aucun symptôme extérieur ne trahit l'accident, mais la douleur

qui s'est produite au moment même de l'effort ne permet pas de nier le rapport.

On a parlé de rupture musculaire. N'est-il pas plus logique de croire que, sans dégâts anatomiques, les vertèbres tirant sur leurs ligaments ont eu assez de jeu pour glisser ou virer l'une sur l'autre, et dans ce mouvement ont pu étrangler et contusionner les racines nerveuses à leur sortie des trous de conjugaison ? La douleur et son satellite, la contracture, ne dépendraient que de l'attrition nerveuse.

La rupture de fibres musculaires en d'autres régions du corps, même signée par un hématome, n'entraîne pas la contracture, et l'on ne comprend pas pourquoi, si les fibres musculaires sont seules en cause, ce sont les nerfs qui sont surtout douloureux. Le même raisonnement s'applique aux prétendues ruptures de fibres tendineuses.

Lorsque ne se trouvent pas réunies les quatre conditions qui définissent un accident : *violent, subit, imprévu, anormal*, on peut conclure que le lumbago n'est pas traumatique. Nous rechercherons alors quelle a pu en être la cause, et pour quelle raison la névralgie s'est localisée aux lombes.

Le traumatisme peut venir de l'intérieur et relever d'un état habituel anormal, d'une conformation anatomique particulière, d'une tumeur, soit de voisinage, soit du rachis lui-même ou d'un traumatisme physiologique.

La hernie s'accompagne souvent de douleurs lombaires habituelles, qui sous le moindre prétexte prendront une acuité soudaine et se localiseront du côté homologue. Les racines lombaires basses seront plus particulièrement sensibles, et conduiront quelquefois le long du fémoro-cutané et du génito-crural du rachis jusqu'au canal inguinal.

Il en sera de même de l'orchépididymite tuberculeuse, que nous plaçons ici à cause de l'analogie qu'elle présente avec la hernie par sa situation, sa torpeur, et sa chronicité.

Dalché, et après lui Pavlovicht, ont relevé l'influence des troubles endocriniens, seuls en cause dans certains lumbagos *sine materia*. Le nervosisme et l'hystérie la dysovarie, l'instabilité thyroïdienne, et l'insuffisance surrénale reconnues permettent par le traitement approprié d'établir que le phénomène douloureux relève du système endocrinien.

La place est si exactement mesurée dans les trous de conjugaison qu'une modification du squelette peut amener des troubles.

On rencontre à partir de l'âge mûr, et plus particulièrement chez les vieillards, un écrasement des surfaces articulaires vertébrales dont les bords présentent des bavures ; comme si l'os était devenu plus mou, sa substance s'est étalée en cet endroit se recourbant jusqu'à donner à la radiographie les contours d'un *bec de perroquet*. Le corps de la vertèbre à sa partie étranglée n'en paraît que plus étroit et l'on dit alors qu'elle est taillée en diabolo. Dans les mouvements

les aspérités osseuses débordant pourront traumatiser les nerfs à leur sortie et réaliser le tableau de lumbago.

La sacralisation de la cinquième lombaire elle-même, en supprimant du système une vertèbre, entraîne chez les autres une course plus grande pour exécuter un mouvement de torsion. Elle est bien longtemps tolérée sans amener aucune complication, et sa découverte est une surprise de radio. Il n'en reste pas moins qu'en face d'un lumbago inexpliqué, on doit penser à cette malformation.

De la même façon qu'avait agi le traumatisme extérieur, le fibrome, par son volume, en comprimant, par des chocs en se déplaçant pendant la marche, crée un état permanent de lombalgie qu'un incident ou une exagération du traumatisme peut transformer en lumbago.

Ce sera quelquefois le premier symptôme qui jettera l'alarme dans une famille et fera découvrir un mal de Pott jusque-là silencieux ; c'est aussi à l'occasion des douleurs qu'il provoque que l'on sera amené à diagnostiquer le lumbago xanthochromique : par la coloration jaune du liquide céphalo-rachidien s'accompagnant de dissociation albumino-cytologique, et par un arrêt d'une bille lipiodolée intrarachidienne constatée sur l'épreuve radiographique.

Toutes les formes que nous venons de décrire, hormis les deux dernières plus sévères, laissent derrière elles une séquelle qui peut ne se révéler qu'à la pression des racines nerveuses, quoique ne provoquant pas de

douleur spontanée. Si nous y ajoutons les cicatrices de blessures de guerre et les cicatrices chirurgicales, nous aurons énuméré tous les commémoratifs qui vont nous expliquer pourquoi la douleur se manifeste plutôt aux lombes qu'en tout autre point du corps.

Il suffira d'une intoxication pour provoquer le lumbago, qu'elle soit d'ordre chimique ou microbien. L'examen ne se bornera plus ici à la région intéressée, mais devra s'étendre à tout l'organisme. Un simple coryza peut suffire comme nous l'avons relaté dans l'observation XXVIII, une infection dentaire, une rhino-pharyngite, une amygdalite, la grippe, si faible soit son intensité, une affection pulmonaire ou gastro-intestinale, les grandes pyrexies, pourront compter le lumbago au nombre de leurs symptômes.

Pavlovicht rappelle que l'on observe la lombalgie dans la fièvre typhoïde et les grandes infections en général : « on connaît bien d'ailleurs qu'elle est un des signes précurseurs de la variole... une crise hémorroïdaire ou un accès de constipation chez un entéro-colitique peut la provoquer. »

Sicard a remarqué que les « modifications humorales d'ordre hémoclasique, atmosphérique ou alimentaire, soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire des nerfs vagues ou sympathiques, nerfs hygrométriques, peuvent expliquer la pathogénie de certains lumbagos ». Il a noté chez quelques

sujets l'alternance des crises de migraines et des crises de lumbago. « Des migraineux de jeunesse peuvent devenir des lumbalgiques de l'âge mûr. Or ne savons-nous pas, dit-il, que les états migraineux reconnaissent souvent une pathogénie colloïdoclasique. Pourquoi refuser ce mécanisme à certaines crises de lumbago ? »

D'autres fois la recherche de la syphilis, d'une infection occulte comme la gonococcie apparemment guérie, prouveront par les effets du traitement qu'il n'était qu'une manifestation d'une maladie négligée.

La tuberculose elle-même, si nous acceptons la belle conception de la *tuberculose inflammatoire* de Poncet, peut être soupçonnée.

Nous n'aurions garde d'oublier les intoxications chimiques : alcoolisme, tabagisme, arsenicisme. Leur méconnaissance peut aboutir à l'établissement d'un traitement chimique intensif dont l'effet venant s'ajouter aux autres toxiques ne peut qu'aggraver les symptômes.

Nous avons envisagé le lumbago comme symptôme, et cherché à le rattacher à l'affection dont il fait partie.

Un traitement pour être efficace doit être causal et non symptomatique : le diagnostic en fournira les indications.

LE LUMBAGO DEVANT LA LOI DE 1898

Reclus définit l'accident de travail : « un événement imprévu et soudain, survenu du fait ou à l'occasion du travail et qui détermine dans l'organisme un trouble fonctionnel permanent ou passager. »

Pour Marestaing : « l'accident est une atteinte au corps humain provenant de l'action soudaine d'une force extérieure. »

« En réalité, dit Balthazard, l'accident de travail est un fait anormal résultant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure physique au cours du travail... Le lumbago, la hernie de faiblesse ne peuvent être considérés comme résultant d'accident de travail, toutes les fois qu'ils se produisent à l'occasion d'un effort modéré, la cause extérieure n'agissant pas avec violence : condition nécessaire pour caractériser un accident. »

Il faut pour qu'il y ait accident qu'il se soit produit un fait.

1^o *Anormal*. — Cette notion variera d'ailleurs avec les sujets examinés : il est évident qu'on ne peut demander à un employé de bureau l'effort qu'on demande à un débardeur. Ce qui est normal pour l'un

et dans la limite de ses forces, est anormal pour l'autre, parce que le travail excède ses capacités.

Il y a donc intérêt à s'enquérir auprès d'un blessé de ses habitudes de travail. Tel qui habituellement manie des charges de 100 kgr. ne peut considérer comme anormale une charge de 30 kgr. ; il restera dans la limite tant que l'effort de son travail n'excèdera pas celui qu'il a l'habitude de fournir.

2° *Imprévu et non intentionnel.* — L'industrie emploie des outils dont elle est obligée de connaître les résultats pour pouvoir faire un travail utile. L'ouvrier connaît donc le matériel dont il se sert, et il est évident que, s'il exposait une partie de son corps à l'action d'un de ces instruments, il ne pourrait invoquer un accident.

3° *Soudain.* — La soudaineté est dans beaucoup de cas la condition qui fait qu'un événement est imprévu. Mais la soudaineté n'intéresse encore une fois que le fait extérieur, cause de l'accident, et non une sensation subjective, telle qu'une douleur.

4° *Violent.* — L'action de la force extérieure doit avoir été assez intense pour produire des désordres organiques ou anatomiques. Mais la violence n'est pas une valeur qui se mesure en elle-même : elle peut être relative, et l'on doit tenir compte de la valeur biologique du sujet traumatisé, de la fragilité de son squelette que l'âge ou un état de santé ont pu augmenter, et, lorsqu'il s'agit d'un effort de la valeur musculaire et de l'entraînement.

*
* *

Ces quatre conditions, l'examen du blessé, et l'interrogatoire, nous permettront de distinguer le lumbago traumatique, accident de travail réel, du lumbago, symptôme d'une affection existant déjà au moment où la douleur s'est manifestée.

Les cas où le traumatisme est accompagné de signes extérieurs ; œdème, ecchymose, hématome, plaie, sont indéniables.

Il en est de même de ceux où la radiographie révèle une lésion du squelette.

Enfin l'effort par surcharge sera admis sans symptômes objectifs, toutes les fois que l'examen ne révélera pas l'existence d'une maladie au moment de l'accident.

*
* *

Nous avons vu en étudiant le diagnostic que tous les autres cas relèvent d'une affection organique, médicale ou chirurgicale. On notera d'ailleurs que souvent le blessé n'a pas été cloué sur place par la douleur ; il a terminé sa journée, a regagné son domicile par ses propres moyens comme d'habitude. Ce n'est que le lendemain au réveil qu'il s'est trouvé dans l'impossibilité de faire un mouvement : « Avant le traumatisme, dit Zollinger, il existait déjà de la contracture ou quelques élancements dans la région lombaire : douleur rhumatoïde par une infection rhinopharyngée, peut-être par le froid. L'effort, le mouve-

ment brusque ou incoordonné ont seulement pour effet de révéler la douleur ou de l'exagérer: « Zollinger l'a remarqué plusieurs fois sur lui-même. »

Il n'admet pas davantage l'explication du fait par rupture musculaire. « Le plus souvent il survient à la suite d'un effort ou d'un mouvement qui n'excède guère ceux dont le malade a l'habitude. Ces conditions n'ont rien de commun avec les gros traumatismes qui sont nécessaires pour donner lieu à des lésions directes du squelette ou des muscles... Les constatations anatomiques que Bircher a faites sur des fragments de muscles prélevés par biopsie chez des lombalgiques en ont montré la parfaite intégrité anatomique. »

« Le malade, dit Ramond, aura naturellement tendance à qualifier de très violent tout mouvement, tout effort, qui aura eu pour effet de lui donner une douleur aussi vive que celle du lumbago. L'existence de ce lumbago traumatique est aujourd'hui rien moins que démontrée ».

« En serrant de près l'interrogatoire de ces malades, écrit Godlevski, on observera que, si le mouvement apparaît à l'origine de la douleur au point que chez l'ouvrier la lombalgie consécutive est mise sur le compte d'un accident de travail, on relèvera aussi que l'amplitude du mouvement mis en cause était parfois de moindre importance, et incapable par la force déployée de provoquer normalement une gêne du muscle. »

Appuyé de ces trois témoignages dont la valeur est

augmentée par leur communauté de pensée, nous n'hésitons pas à conclure que lorsqu'un blessé se présente, se plaignant d'un lumbago qu'il impute à un accident, un examen complet s'impose.

Dans la grande majorité des cas, on relèvera les signes de la maladie à laquelle il appartient comme symptôme, et le diagnostic d'accident du travail se trouvera éliminé.

La loi des Assurances sociales aplanira d'ailleurs bien des difficultés le jour où le prétendu blessé, incapable de travailler, sera pris de droit en charge par cette nouvelle institution.

CONCLUSIONS

Un traumatisme réel est suivi d'algies siégeant au point d'application, qui témoignent de la participation de racines ou de filets nerveux : qu'il s'agisse de contusion, de fracture, de blessure de guerre, d'opération chirurgicale.

Un traumatisme permanent constitué par une affection médicale, chirurgicale ou un état anatomique produit les mêmes effets : hernie, orchépididymite, ptose, fibrome, grossesse et suite de couches, dysendocrinie, nervosisme, état du squelette lombaire ; sacralisation, bec de perroquet, tuberculose, lumbago xanthochromique.

A la suite d'un traumatisme important, il persiste dans la région lésée un état latent de sensibilité, décelable en tous temps à l'exploration des points nerveux.

Cet état se révèle sous forme de névralgie ou de lumbago à l'occasion d'un épisode fébrile.

Une affection fébrile : infection buccale amygda-

lienne, rhino-pharyngée, gastro-intestinale, pulmonaire, génitale, quelle qu'en soit la cause microbienne, peut créer cet état latent chez un individu neuf. Le malade se plaindra de courbatures ; l'examen révélera sensibles des points nerveux qui ne le sont pas habituellement.

Chez un individu traumatisé antérieurement, l'infection marquera par une manifestation douloureuse les points déjà sensibles.

La découverte des points névralgiques latents doit attirer l'attention sur le territoire anatomique correspondant. Ils révèlent un traumatisme antérieur, accidentel, chirurgical ou microbien, dont la connaissance n'est pas indifférente au diagnostic et au traitement de l'affection causale.

Lorsqu'il y a eu traumatisme extérieur, anormal, subit, soudain, violent, le lumbago est un accident du travail. Un examen local est suffisant pour faire constater les symptômes objectifs ou radiographiques.

Il en est de même lorsqu'un effort par surcharge, réunissant les mêmes conditions, est suivi d'un arrêt de travail immédiat.

* * *

Lorsque les conditions de *l'accident* ne se trouvent pas réunies, un examen général fera découvrir les signes d'une affection médicale.

L'effort ou le mouvement brusque invoqués ont eu seulement pour effet « de révéler la douleur ou de l'exagérer ».

. . .

La rupture musculaire souvent inscrite comme diagnostic n'est pas admise par Zollinger. Jamais Bircher n'a trouvé de lésion anatomique sur les biopsies qu'il a pratiquées.

. . .

Un certain nombre de lumbagos, causés par une affection fébrile, imputés à tort actuellement à un accident du travail, ressortiront dorénavant, non de la loi de 1898, mais de la loi sur les Assurances sociales à laquelle ils appartiennent.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu : le Président de la thèse.
CLERC.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDREWS. — Backache in women. *British Medical Journal*, 1925, t. II, p. 1207.
- BALTHAZARD. — *Traité de médecine légale*. Paris, Baillière, 1921.
- BARBIER. — Fréquence des manifestations névralgiques au cours de l'épidémie de grippe actuelle. *Soc. nationale de Médecine et des Sciences médicales de Lyon*, 4 février 1925.
- BAUDOIN. — Au sujet des algies dites rhumatismales. Thèse Paris, 1925.
- BECHTEREW. — *Neurologic centralblatt*, 1893, n° 13.
- BERGER, ENRIQUEZ, LAFFITE, LAMY. — *Traité de Médecine*, article : rhumatisme musculaire. Paris, 1909.
- BOUCHARD. — *Dictionnaire de Dechambre*, article Lumbago, 1870.
- BRAHME. — *Acta medica Scandinava*, 30 décembre 1929.
- BROCHIN. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article rhumatisme musculaire, 1884.
- BUIZARD. — La douleur lombaire droite symptôme de cholecystite, *Société des Chirurgiens de Paris*, 6 juin 1924.
- CASTAIGNE. — Chronique du *Journal médical français*, février 1919.
- DALCHÉ. — Rétro-déviation. *Les sciences médicales*, 15 mai 1922.

- DOUGLAL (D.). — Chronic backache in gynecology. *Lancet*, 1927, t. II, p. 1220.
- ESSAU. — Syndromes abdominaux et para-abdominaux en rapport avec la grippe. *Medizinische Klinik*. Berlin, n° 6 du 11 fév. 1923.
- ERBEN. — Uber Lumbago. *Wien. Klinik. Woch.*, n° 5, s. 156, 1928.
- FORESTIER. — La sciatique vertébrale. *Soc. d'Hydrologie médicale de Paris*, 15 janv. 1923.
- FRAISSE. — Contribution au diagnostic différentiel de l'appendicite chronique. *Revue des Progrès thérapeutiques*, 1930, p. 72.
- GODLEWSKI. — Le tour de rein. *Journal médical français*, t. 17, n° 9, sept. 1928, p. 316.
- GORDON. — Differential diagnosis of pain in the back. *Clin. J.*, LV, 1926, p. 221.
- HARVIER, DE LA FONTAINE et GOUYEN. — Formes nerveuses du rhumatisme lombaire osteophytique. *Paris médical*, 15 sept. 1928.
- HESNARD et VEILLET. — Lumbago et gonococcie. *Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 2 mai 1924.
- JEANNENEY. — Fracture bilatérale des apophyses lombaires et Lumbago traumatique. *Gaz. hebdom. des Sc. médicales de Bordeaux*, 13 mai 1928.
- JEÜTZER et BALIASMY. — Les douleurs lombaires dans leurs rapports avec les spondyloses et les spondylites. *Revue médicale de la Suisse romande*. Lausanne, t. XLII, 2 février 1922.
- KLEINBERG. — Backache. Its etiology and pathology. *Med. Journ. and Record*, CXXIV, 1926, p. 336.
- LEREBOULLET. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales 1878. Article Névralgie.

- LERI. — La lombarthrie : rhumatisme musculaire chronique, *Presse médicale*, février 1918.
- LORTAT-JACOB. — Sciatiques. *Journal Médical Français*, fév. 1919, p. 66.
- MATIGNON. — Le petit entérocolitisme. *Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*, 3 juillet 1921.
- MARTYN (G.). — The significance of lumbosacrè pain (backache). *Journ. Amer. Med. Ass.*, LXXXII, 1924, p. 1297.
- MARTIN et JOUVE. — Les lumbagos chroniques d'origine traumatique. *Journal de médecine de Lyon*, 20 nov. 1921.
- MEYNADIER. — Sacralisation de la V^e lombaire : Thèse Paris 1921.
- NEUCOURT. — De la névralgie lombaire ou névralgie des plexus lombosacrés. *Arch. Gén. de Méd.*, t. XII, 1858.
- FERRAL (O.). — Low back pain, a clinical study of its cause *J. Bone and Joint Surgery*, IV, 1922, p. 384.
- Low back pain. *Journal of Amer. Med. Ass.*, août 1928.
- PAVLOVITCH. — De la douleur lombaire chez les utérines. Thèse Paris, 1924.
- RAMOND. — Conférence de clinique médicale pratique, article lumbago, 5^e série, 1926.
- La Sciatique. *Progrès médical*, n^o 44, 1926.
- REGNAULT. — Les points douloureux lombaires et leur valeur pour le diagnostic. *Progrès médical*, n^o 44, 1926.
- ROGER WIDAL TESSIER. — Traité de Médecine. Article rhumatisme musculaire.

- ROMER. — Traumatic lumbago. *Lancet*, London, 1925, I, p. 422.
- SEVER. — Traumatic back injuries and their treatment. *New-York. State Jour. Med.*, XXII, 1922, p. 439.
- SEVER (J.-W.). — Backache due to industrie and disease. *Boston Med. and Surg. Journal*, CXCII, 1925, p. 647.
- SICARD — Traité de médecine de Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix. Article Névralgie.
- Névrodocytes et funiculites. *Presse médicale*, janv. 1918.
- Les Névralgies. *Journal médical français*, février 1919.
- Les lumbagos. *Progrès médical*, 1922, p. 624.
- Le lumbago. *Progrès médical*, juin 1923.
- SICARD et LAPLANE. — Syndrome de lumbago xanthochromique. *Revue de Neurologie*, juillet 1923.
- SICARD, FORESTIER. — Lumbago, lombalgies, lombarthrie. *Journal médical français*, N. XIII, juillet 1924.
- SICARD, HAGUENEAU, WALLICH. — Lumbago xanthochromique. *Société de Neurologie*, 1^{er} décembre 1927.
- TILLAUX. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales article Lumbago.
- VALLEIX. — Les Névralgies, 1841.
- VEYRESSAT et ODY. — Le Lumbago. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1928, n° 13 et n° 15.
- VERGELY. — Tour de reins, ruptures musculaires, lumbago. *Journal de Bordeaux*, XXXIV, p. 861, 1904.
- WETTERVALD. — Traitement du lumbago. *La Clinique*, janvier 1928.

ZIMMERN, LAURET, WEILL. — Sacralisation vraie de la
Ve lombaire et algies sciaticques. *Presse médicale*,
N. 65, 16 août 1922.

ZOLLINGER. — Observation sur les lumbagos. *Schweizerische Medizinische Woch.* Bâle, N. 15, 10 avr.
1924.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
HISTORIQUE	11
DÉFINITION ET PLAN.....	14
Rôle du traumatisme de cause externe.....	18
Les contusions	19
Les fractures	24
Les blessures de guerre.....	28
Les suites d'opérations.....	31
Rôle du traumatisme, de cause interne.....	33
Les hernies	33
Les affections du testicule.....	36
La ptose des viscères.....	37
Le fibrome	38
Les suites de couches	39
Les dysendocrinies	39
Le nervosisme	43
Les malformations et les affections du squelette.	43
Le lumbago xanthochromique	46
Rôle des infections	49
Bucco-dentaires	50
Rhino-pharyngées	51
Gastro-intestinales	54
Grippales	64
Pulmonaires	65

La Syphilis	66
La tuberculose	66
La gonococcie	67
Pathogénie	69
Diagnostic et traitement.....	73
Le lumbago devant la loi de 1898.....	81
CONCLUSIONS	86
BIBLIOGRAPHIE	89

